Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod topórkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 lipca 1884. **№ 27.** Rok XXIII.

I. O przeszczepianiu raka.

Wykład miany w dniu 3 czerwca 1884 na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.
Przez Dra W. Wehra ze Lwowa.

Wiadomo Panom, że dopiero w ostatnim lat dziesiątku od chwili pojawienia się teoryi Cohnheima nauka o etyjologii nowotworów weszła na nowe i właściwe tory badania racyjonalnego. Wiadomo Panom również, że Cohnheim opiera swą teoryję o płodowych zawiązkach nowotworów, nietylko *a*) na analogii bujania i rozrostu fizyjologicznego pewnych tkanin organizmu w pewnych dopiero okresach życia pozapłodowego (części płciowych zewnętrznych w wieku pokwitania, włókien mięsnych macicy podczas ciąży); *b*) na niezbyt rzadkiém pojawianiu się nowotworów wrodzonych, *c*) na dziedziczności, *d*) na całym dziale potworności — *monstra per excessum* — co do których jest rzeczą pewną, że polegają na nieprawidłowościach rozwojowych zarodka, lecz nadto na szeregu doświadczeń przedsięwziętych przez Zahna i Leopolda, którzy dowiedli, że tkanki płodowe wszczepione w zwierzęta dorosłe nietylko rosną daléj, lecz mogą bujać i wytworzyć rzeczywiście twory kilkaset razy większe od pierwotnie wszczepionych.

Jeżeli nadto uwzględnimy, że na podstawie teoryi zawiązków płodowych dadzą się najlepiéj wytłumaczyć wszystkie niemal dotychczas niewyjaśnione właściwości nowotworów, jakoto: pewna regularność w umiejscowieniu, heterologija, budowa anatomiczna, przypominająca pomimo rozmaitości utkań tkanki płodowe itp. — na co Cohnheim daje odpowiedź jasną, loiczną i bardzo przekonywającą, — to przyznać musimy, że już dziś po wykluczeniu teoryi traumatycznéj i infekcyjnéj, obawiać się należy zbytniéj jednostronności co do kierunku dalszych badań i spostrzeżeń. Nie ma bowiem nic naturalniejszego i dla umysłów ludzkich ponętniejszego, jak uznanie wielkiego prawdopodobieństwa za bezwzględną prawdę i podciąganie pod gotową i wygodną teoryję tworów, których geneza może jest inną.

Że zaś mamy do czynienia dopiero z wielkiém prawdopodobieństwem, przyznaje i sam Cohnheim .... *Ein zwingender positiver Beweis lässt sich freilich der Natur der Sache nach dafür nicht beibringen, wohl aber giebt es eine ganze Reihe von Thatsachen, welche der vorgetragenen Auffassung in hohem Grade günstig sind.*

Że zaś dużo jest tych faktów przemawiających za teoryją zawiązków płodowych nowotworów, świadczy stanowisko, jakie przyjęli przeciwnicy Cohnheima, a które bardzo trafnie scharakteryzował Leopold .... „... polemizują w ten sposób, jakby się bronili przed przyjęciem nowéj nauki, którą w zasadzie już jednak wyznają.“

Nie potrzebuję bliżéj zastanawiać się nad tém, jak wielką praktyczną ma doniosłość rozstrzygnięcie stanowcze téj kwestyi czyli rozwiązanie pytania, czy wszystkie nowotwory (*histoide* i *organoide Geschwülste* Virchowa) są utworami teratoidowemi, t. j. są wrodzone.

Jak bowiem w takim razie żadne znane nam i nie znane wpływy zewnętrzne, czy to mechanicznéj, czy chemicznéj, czy téż organicznéj natury, nie mogłyby wytworzyć nowotworu tam, gdzie nie było zawiązku płodowego, tak z drugiéj strony i usiłowania nasze doszczętnego, mechanicznego zniszczenia nowotworu musiałyby być zmodyfikowane i ograniczać się do pewnych, bardzo przyjaznych warunków.

Tu znów teoryja Cohnheima odnosi zwycięztwo nad licznemi, nieudanemi zabiegami terapeutycznemi.

W tém stadyjum znajduje się obecnie kwestyja etyjologii nowotworów. Zupełnéj pewności, czy teoryja Cohnheima jest słuszną, nie mamy, zdaniem mojém dla tego, że badania, mianowicie doświadczalne, są zaledwie rozpoczęte.

Pomiędzy innemi dwa pytania nie są stanowczo rozwiązane:

1) Co do kwestyi przeszczepienia nowotworu złośliwego z jednego indywiduum na drugie.

2) Co do bujania rozmaitych tkanin płodowych u różnych zwierząt, gdyż doświadczenia Zahna i Leopolda ograniczają się przeważnie do tkanki chrzęstnéj i kostnéj.

Kwestyi téj więcéj obecnie poruszać nie będę; brak zaś stanowczéj odpowiedzi co do możliwości przeszczepienia raka, względnie nowotworu złośliwego, postaram się Panom udowodnić.

I tak: Już w końcu zeszłego wieku zajmowano się przeszczepieniem nowotworów ludzkich na zwierzęta, jak o tém świadczy rozprawa Peyrilhea ogloszona w 1774 r. Peyrilhe wstrzyknął nieco soku z raka piersi zwierzęciu pod skórę grzbietu i wywołał dnia 5go naciek cuchnący w tkance podskórnéj. Bez wątpienia miało tu miejsce zakażenie septyczne a nie *Carcinosis*, ogólna jak sądził Peyrilhe. Po nim: Alibert, Desault, Dupuytren, Valentin, J. Vogel, Virchow wstrzykiwali sok, albo też roztarte strzępki nowotworów zwierzętom do żył bezskutecznie.

Pierwszym badaczem, który najprawdopodobniéj otrzymał wynik pomyślny, był dzisiejszy nestor chirurgów niemieckich Bernard Langenbeck. Wstrzyknął on w 1840 r. psu do żyły udowéj nieco soku z *Carc. medullare humeri* człowieka. Pies wychudł, a gdy go po 2 miesiącach zabił przez przecięcie rdzenia przedłużonego, znalazł przy sekcyi kilka guzków w płucach wielkości soczewicy i fasoli, które okazywały budowę mikroskopową tę samą, co nowotwór ludzki. Virchow ocenia jednak ten przypadek w ten sposób: *Ich habe selbst die Zeichnungen des Herrn Langenbeck von der mikroskopischen Zusammensetzung der Lungenknoten gesehen. Sie haben mehr Aehnlichkeit mit spontanen Krebsformen, wie ich sie auch bei Hunden untersucht habe, als mit menschlichen Krebselementen.*

Po czyjéj stronie słuszność, trudno rozstrzygnąć.

Że oględność w tym rodzaju doświadczeniach nie zawadzi, przekonywa zajście z owym kotem Weberowskim z nieznacznem owrzodzeniem wargi, który zdechł Weberowi podczas narkozy, przed mającém się dokonać doświadczeniem, a sekcyja wykazała metastazy raka w gruczołach, płucach i śledzionie, wrzód zaś na wardze był rakiem przybłonkowym. Kot Webera miał jednak wrzód na wardze; pies Langenbecka zaś był zupełnie zdrów przed operacyją.

Również powątpiewa Virchow o 2gim wyniku pomyślnym Leberta i Follina, którzy wstrzyknęli psu do żyły szyjnéj 60—70,00 soku rozcieńczonego wodą z raka sutkowego. Po 14 dniach pies zdechł, a badanie wykazało guzki rakowe jak groch i fasola w ścianach serca, to samo w wątrobie, tylko mniejsze.

C. O. Weber otrzymał także dwa razy wyniki dodatnie. Raz po zastrzykaniu psu soku z raka szczęki górnéj w żyłę udową wytworzyła się po 10 dniach w ranie masa granulująca wielkości pięści, która okazywała tę samą budowę anatom. co i nowotwór pierwotny. Guz ten począł obumierać i zmniejszać się i pies uciekł. W drugim przypadku wszczepił Weber strzępki z raka przybłonkowego na ranę udową. Po kilku dniach wytworzyły się wybujałe granulacyje natury rakowatéj; po 9 tygodniach wrzód się jednak zabliźnił.

Goujon 1867 zdaje znów sprawę z trzech wyników pomyślnych. *a)* Po zaszczepieniu pod skórę białemu szczurowi *Carc. medullare* (*Encephaloid*) znalazł po upływie 2 miesięcy w jamie płucnéj pod mostkiem guz wielkości migdała podobnéj budowy i powiększone w trójnasób wszystkie gruczoły. *b)* U świńki morskiéj po zaszczepieniu pod skórę karku *Carc. medullare* (*Encephaloid*) znalazł po 25 dniach zwierzę nieżywém, a w miejscu wszczepienia guzek dwuzrazikowy, jak 2 grochy, z komórek przybłonkowych się składający z równoczesném powiększeniem i stwardnieniem gruczołów. *c)* U psa zaś po wstrzyknięciu soku rak do żyły udowéj, wytworzył się w miejscu zastrzykania wrzód głęboki, a po zabliźnieniu guzek. Pies po 2 miesiącach zginął. Hyvert otrzymał także wynik pomyślny; Billroth w 9 doświadczeniach zawsze ujemne.

Lebert i Wyss w doświadczeniach nad gruźlicą przeszczepiali gruczoły, melanozę, mięsaki i raki i otrzymali w 1szym przypadku po 4 miesiącach po przeszczepieniu melanozy z konia na królika liczne guzki rozsiane melanotyczne około miejsca zaszczepienia. Reszta zwierząt szczepionych (królików) ginęła po większéj części z *septico-pyemii.*

Doutrelepont szczepił raka 3 psom, 2 królikom i 1 śwince morskiéj. W 2 przypadkach nie miał żadnego rezultatu; reszta zwierząt zginęła z *Peritonitis* i *pyemii.* Nakoniec Nowinsky z 42 przypadków zaszczepienia raka błony śluzowéj nosa z psa otrzymał 2 razy małe guzeczki w miejscu zaszczepienia, zresztą wyniki ujemne.

Dziwną jest rzeczą, iż w obec tak niepewnych i niezgodnych wyników nikt do dziś dnia nie zajął się gruntownem zbadaniem téj kwestyi. Bo przecież, że mamy do czynienia z nowotworami, które nie tylko w miejscu pierwotnéj siedziby rość i rozwijać się mogą, to poucza niemal codzienna obserwacyja przerzutów nowotworów. A twierdzenie Cohnheima, że przerzuty nowotworowe nie są zależne od natury nowotworu, lecz tylko od charłactwa ogólnego i braku odporności tkanin, nie ma nic do rzeczy; w takim razie szczepićby tylko wypadało na indywidua charłacze. W ogóle wydaje się być zupełnie słusznem zapatrywanie Virchowa z r. 1863 (*Die krankhaften Geschwülste*), że przeszczepianie nowotworów zasługuje ze wszech miar na to, aby liczne doświadczenia wykonywać daléj i z zupełnie świeżemi tkaninami, oraz z roku 1880 (*Krankheitswesen und Krankheitsursache*), że wszystko zależy od wykrycia korzystnych warunków, aby przeszczepione części mogły bujać daléj. Virchow przytacza, że nieraz brał od Graefego świeżo wyłuszczone gałki oczne z mięsakami barwikowemi naczyniówki i wszczepiał kawałki tych nowotworów pod spojówkę królikom, zawsze nadaremnie, gdyż zawsze i większe kawałki ulegały wessaniu, gdy u chorych wkrótce występowały przerzuty. Z czego bynajmniéj nie wynika, mówi Virchow, żeby mięsak barwikowy naczyniówki nie był złośliwym bujającym nowotworem z samodzielnie bujającemi komórkami (*mit autonomen Zellen)*, tylko że miejsce wybrane i sposób zaszczepienia nie były korzystne.

W celu o ile możności pewnego rozwiązania tego pytania przedsięwziąłem w pracowni szkoły weterynaryi we Lwowie wraz z profesorem anatomii téjże szkoły, kol. Kadyjem, szereg doświadczeń na zwierzętach.—Obecnie jesteśmy w stanie przedłożyć Panom dopiero początkowe wyniki, gdyż badania tego rodzaju muszą być bardzo liczne, aby pewną otrzymać odpowiedź, a nadto są zależnemi od nadarzającego się materyjału.

Dziś już jednak wyniki mamy tego rodzaju, że nie tylko zachęcają do dalszych badań, lecz nadto dają wszelkie prawdopodobieństwo możliwości przeszczepienia raka

z jednego indywiduum na drugie, jeśli nam się tylko powiedzie wykryć sprzyjające warunki. Ze suczki z rakiem pochwy zaszczepiliśmy trzem psom świeżo wycięte strzępki nowotworu, a mianowicie: psu *a)* pod błonę śluzową wargi dolnéj, psu *b)* i psu *c)* pod skórę brzucha w *hypogastrium*. Rany u wszystkich psów zabliźniły się w 3—4 dni *per primam*. W kilka dni potém dały się wyśledzić u wszystkich 3 psów guzki przesuwalne pod skórą, które powiększały się: u psa *a)* doszły po 4 tygodniach do wielkości grochu, u psa *c)* do wielkości orzecha laskowego (w tym stanie był przedstawionym przez kol. Kadyjego w Tow. lekarskiém lwowskiém), u psa *b)* do wielkości fasoli po 26 dniach, z którego preparat po zabiciu w tym czasie przedkładam. (Demonstracyja).

U psa *a)* guzek znikł po 2 miesiącach, u psa *c)* począł się zmniejszać w tym samym czasie i został wyciętym.

Z noworu (*sarcoma*) z pod pachy psa zaszczepiłem trzem psom pod skórę brzucha w siedmiu miejscach; po 3 tygodniach we wszystkich miejscach zaszczepionych wykazać można było guzki, w kilku miejscach zwiększające się; doświadczenie do dziś nieskończone nie daje się jeszcze zużytkować.

W obec więc faktów, że nieudane doświadczenia poprzedników po największéj części wynikały ztąd, że do rany po przeszczepieniu przyłączało się zapalenie, które u nas przy zachowaniu pewnych ostrożności antyseptycznych nigdy niemal nie miało miejsca, daléj w obec faktu, żeśmy po zaszczepieniu prawie zawsze otrzymywali guzki téj samej budowy histologicznéj, co pierwotny nowotwór, dają się wyprowadzić następujące wnioski: 1) Że twierdzenie Cohnheima, wykluczające stanowczo możliwość przeszczepienia nowotworu z jednego indywiduum na drugie, jeśli nie jest niezgodne z prawdą, to co najmniéj przedwczesne, gdyż liczne nieudane doświadczenia poprzednich badaczy z tego powodu nie rozstrzygają téj kwestyi, ponieważ do rany po zaszczepieniu przyłączało się zwykle zapalenie. 2) Że przy zachowaniu pewnych ostrożności antyseptycznych wytwarzają się niemal zawsze z przeszczepionych kawałków nowotworów u psów guzki téj saméj budowy anatomicznéj 200—300 razy większe od pierwotnie wszczepionych strzępków. 3) Wyniki powyższe bynajmniéj nie pozwalają wyprowadzać wniosku, jakoby kwestyja przeszczepialności raka była już rozstrzygniętą, lecz tylko popierają zapatrywanie Virchowa, że wszystko zależy od wykrycia korzystnych dalszemu rozwojowi warunków, aby nowotwór przeszczepiony mógł rozwijać się daléj na nowém indywiduum.

Poznanie tych warunków będzie naszém zadaniem i celem dalszego ciągu podjętych doświadczeń.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

6. Co się tyczy wpływu soli na mechaniczną funkcyję żołądka, to ten dokładnie zmierzyć się nie da. Tyle jednak można z pewnością wnioskować, że czynność mechaniczna żołądka zostaje znacznie podnieconą, gdyż jak doświadczenia Tappeinera i Anrepa (*Zeitschrift f. Biologie* 1880 p. 497 *und* 1881 p. 504) uskutecznione na żołądkach zwierząt wykazują, że chłonienie żołądka jest bardzo małe, co w tym przypadku jeszcze więcéj uprawnia do przypuszczenia podniecenia ruchów żołądka, że z doświadczeń nad stolcami XXV. i XVI. okazuje się, że już w niespełna godzinie treść żołądka po zażyciu soli występuje w stolcach, czyli że w tym czasie przeszła przez cały przewód pokarmowy. Po pobudzeniu żołądka do ruchów następuje jednak wkrótce zupełne znużenie, jak to dobitnie wykazują dośw. X. 54, 55, gdzie po zadaniu 5gmowéj dawki po pół godziny już soli nie znaleziono w żołądku, a wprowadzona zaraz nowa dawka 5 gramowa po upływie pół godziny jeszcze we większéj połowie w żołądku się znajdowała. Również dośw. X. 59, 60, wykazują, że po dużéj dawce (10 gm.) soli naraz czynność mechaniczna i wydzielnicza znaczniéj zostaje upośledzoną, niż przy téj samej dawce, lecz podzielonéj, podanéj w przeciągu tego samego czasu. Funkcyja więc żołądka pod wpływem większych dawek soli zostaje więcéj upośledzoną, niż pod wpływem mniejszych.

7. Dośw. I. 3, 4, pouczają daléj, że czynność żołądka nie każdego dnia jest zupełnie taka sama; ta sama dawka soli w tych samych warunkach wydała bowiem u tego samego indywiduum w różnych dniach nieco odmienne wyniki.

8. W kilku doświadczeniach zauważyłem, że u indywiduów, u których treść żołądka bez soli karlsb. była zawsze bezbarwną, po podaniu soli karlsb. np. w przyp. VIII. szczególniéj jeżeli po niedługim czasie a większych dawkach aspiracyję przedsięwzięto, mocno żółto zabarwioną. W jakim związku stoi to pojawienie się żółci w żołądku po zadaniu soli karlsb., dokładnie wyjaśnić nie umiem. Należy przypuścić, że albo wydzielanie żółci staje się od razu bardzo znacznem, jakby przemawiały za tem doświadczenia Rutterfordta, Vignala i Dodds'a (*Brit. med. Journ.* 1879 T. I), że siarkan sodowy wpływa znacznie na zwiększenie wydzielania żółci (węglan sodowy o wiele mniéj), albo co jest w tym przypadku prawdopodobniejszém, że w pierwszéj chwili dostania się soli do żołądka powstają silne ruchy robaczkowe w górnych częściach przewodu pokarmowego, co u niektórych indywiduów ruchem wstecznym t. j. natychmiastowemi wymiotami po użyciu soli karlsb. się objawia, wskutek czego żółć i do żołądka może się dostać. Zawsze jednak wskazuje ten objaw, że sól karlsbadzka przyczynia się do wypróżnienia przewodów żółciowych.

9. Dośw. II. 13, IV. 25, X. 58, XIII. wykazują, że sól karlsb. rozpuszcza w żołądku śluz, spłukując go ze ścian, a oddziaływanie na śluz ma zawsze miejsce, jeżeli treść jest jeszcze alkaliczną, jak to bardzo wyraźnie okazuje się w przypadku XII. Śluz ze żołądka i jelit gromadzi się w późniejszych stolcach, w których można spostrzedz obok niedotrawionych resztek pokarmów i galaretowate kawałki śluzu.

10. Dośw I. 4, 5, II. 12, 13, III. 16, 17, IV. 24, 25, V. 27, 28, XIII. 68, 70, w których podawano rozczyn soli przy ciepłocie pokojowéj 18° C., wykazują, że przy tych samych warunkach daleko znaczniejsza ilość płynu w żołądku się gromadzi, i o wiele więcéj węglanu i siarkanu sodowego pozostaje, a kwasota i trawienie treści po zadaniu rozczynu ciepłego stają się o wiele znaczniéj upośledzone, niż po użyciu rozczynu zimnego; a z dośw. XIII. 69, wynika, że najdłużéj i w największéj ilości pozostaje w żołądku rozczyn letni (30° C.). Tylko w jednym przypadku VIII. 41, 43,

wydał tak ciepły jakotéż zimny roczyn soli prawie ten sam wynik.

11. Woda sodowa użyta jako rozczynnik dla soli karlsbadzkiéj, miasto wody przekroplonéj, w porównaniu wypadków u tych samych indywiduów VIII. 41, 42 XIII. 68, 71, zmniejsza alkaliczność, a w innych przyp. II. 12, 14, VI, 32, 33, XIII, 68, 71 równocześnie i ilość siarkanów w treści żołądkowéj, i podnosi przytém siłę trawiącą téjże, co przypisać należy nietylko przyspieszonemu chłonieniu soli w żołądku pod wpływem kw. węglowego, ale raczéj, biorąc na uwagę to, co się powiedziało przy występowaniu stolców, w tym razie polega na szybszém wydalaniu płynu ze żołądka, czyli na podnieceniu jego ruchów działaniem kw. węglowego. Przypadek I. 3, 6, przemawiałby na niekorzyść wody sodowej, lecz to tylko pozornie; należy bowiem mieć na uwadze, że *maximum* zadrażnienia żołądka pod wpływem domieszki wody sodowéj występuje wcześniéj, niż bez téjże, a badane stadyum przypadło już na chwilę opadu podrażnienia czynności żołądka. W ogóle więc woda sodowa okazuje się jako korzystny dodatek do soli karlsbadzkiéj.

Porównywając przypadki, w których użyto jako rozczynnika wody ciepłéj, widzimy, że o ile ta ostatnia mechanizm i chemizm trawienia upośledza, o tyle woda sodowa je podnieca, a nawet zmniejsza wpływ niszczący soli karlsbadzkiéj na ferment trawiący.

IV. Ostateczne wnioski co do działania soli karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy.

Zestawiając kolejne działanie soli karlsb. na przewód pokarmowy, widzimy, że sól karlsb. wprowadzona do żołądka niszczy kwas i ferment trawiący, rozpuszcza śluz, wywołuje ruch robaczkowy żołądka a w następstwie całego przewodu pokarmowego, objawiający się w początkach wypróżnieniami gazowemi, podczas gdy rozczyn soli przechodzi szybko do jelit i zabierając śluz i miazgę pokarmową z górnych odcinków przewodu pokarmowego, już w niespełna godzinie może się znajdować w stolcach. Nim jednak dojdzie do jelita grubego, to wprzód zwykle treść tychże za pierwszemi ruchami robaczkowemi wypróżnioną już została. Równocześnie żółć wylewa się obficie do dwunastnicy i przechodzi do stolców zabarwiając je wyraźnie zielonkowato-żółto, przytem dość często dostaje się również i do żołądka. Gdy to się dzieje w jelitach, rozczyn soli wywołuje obfite wydzielanie kwasu żołądkowego, które dosięga w przeciągu 1—1½ godz. swojego maximum, potem nagle opada; ferment zaś trawiący zniszczony solą karlsb. w miarę znikania alkaliczności i siarkanu sodowego również się odnawia, lecz bardzo powolnie i pozostaje znacznie poza wydzielaniem kwasu żołądkowego. Z ustaniem stolców i osiągnięciem maximum siły trawiącéj soku żołądkowego okres podniecenia po użyciu soli karlsb. jest ukończony, poczém następuje nagły opad i spoczynek funkcyi żołądka.

Że pod wpływem soli karlsb. z błony śluzowéj przewodu pokarmowego płyn także się wydziela, okazuje się to tak ze przyspieszonego wydzielania soku żołądkowego jakotéż żółci. Jednak ilość wydzielonego płynu nie da się ocenić, gdyż równocześnie występuje powiększone chłonienie, które objawia się tém, że ilość moczu i parcie się wzmaga, a mocz już w przeciągu godziny może być alkaliczny, podczas gdy w stolcach stosunkowo mała ilość soli karlsbadzkiéj się znajduje.

W powyższy sposób zachowuje się sól karlsb. po dawkach średnich. W dawkach małych kończy się jednak na chwilowém podnieceniu żołądka do wydzielania, a jelit do ruchu robaczkowego, niedostatecznego jednak do wyparcia treści stałéj lecz tylko lotnéj z tychże, a cały ten akt w niespełna pół godziny już przemija.

W dawkach za dużych, po silnem podnieceniu zaraz następuje znużenie czynności wydzielniczéj żołądka i ruchów całego przewodu pokarmowego, wskutek czego pozostaje sól w żołądku do 2 godzin, a ruchy jelit po pierwszém podnieceniu i następowém wypróżnieniu tak słabną, że znaczna ilość płynu z górnych części przewodu pokarmowego zbiera się w tychże, co chlupaniem wykazać można, a pacyent czuje pełność a nawet palenie w skutek działania drażniącego rozczynu na błonę śluzową jelit, a pomimo to stolce nie odchodzą.

V. O przeciwwskazaniach w stosowaniu soli karlsbadzkiéj.

Na podstawie powyższych doświadczeń będę się starał podać kilka przeciwskazań, a przynajmniéj ostrożności w stosowaniu soli karlsb.

1. Jeżeli przez aspirowanie żołądka, pomimo przypadków tak zwanych gastrycznych otrzyma się treść prawidłową lub nadmiarowo kwaśną od kw. solnego i silnie trawiącą, jak to ma miejsce często w chorobach żołądka n. p. w dyspepsyi nerwowéj, jakotéż w pierwszym okresie nieżytu żołądka, to podając sól karlsb. kwasotę, która jest przyczyną dolegliwości podmiotowych, tylko się podnieca. Tego przeciwwskazania nie należy uważać jeszcze jako bezwzględne, gdyż dalsze obserwacyje kliniczne podobnych przypadków mogą wykazać, że po dłuższém stosowaniu soli karlsb. żołądek może się tak zachować, jak po dawkach powtarzanych, t. j. może nastąpić po pierwszych dniach podrażnienia znużenie wydzielnicze, a tém samém i zmniejszone wydzielanie kw. żołądkowego.

2. W rozstrzeni znaczniejszego stopnia rozczyn soli za długo pozostaje w żołądku, drażni go, wpływa niszcząco na trawienie, które i tak we wysokim stopniu jest upośledzone, a chory odczuwa to jako ciężkość, pełność i nudności w jamie brzusznéj.

3 W czasie wypełnienia żołądka pokarmami, a zatém tuż po spożyciu pokarmów żołądek sam przez się jest przez pokarmy podrażniony, a nadto treść żołądka jeszcze nie przetrawiona i składająca się nieraz z dużych kawałków nie dogryzionych pokarmów, dostając się szybko do jelit, te mocno podrażnia. Dlatego należy poczekać 6 — 7 godź., a w stanach patologicznych żołądka i dłużéjpo spożyciu pokarmów, nim się poleci użycie soli karlsbadzkiéj.

W następujących daléj przypadkach nie należy używać za wysokich dawek soli karlsbadzkiéj:

4. W przypadkach zaostrzenia nieżytu jelita grubego, w przypadku *proctitis acuta*, jakotéż guzów krwawnicowych; gdyż sól karlsb. dostając się w większéj ilości do jelit podrażnia silnie błonę śluzową i sprawia nietylko silne palenie i parcie, lecz i krwotok, co wykazali Czerny i Latschenberger (*Virch. Arch. T. 59. z r. 1859 p. 162*) rzeczywiście na psach, podając tymże lewatywy solne 1 — 2%.

5. W przypadkach upośledzonéj drożności jelit, gdyż nagle znaczna ilość treści zbiera się równocześnie z rozczynem solnym nad zwężeniem, gdzie drażni błonę sluzową jelita i sprawia przykre uczucie podmiotowe.

6. W przypadkach znacznego niedowładu błony mięsnéj jelit, gdyż tu trzebaby znaczne dawki soli karlsb. stosować, co znów w wysokim stopniu niekorzystnie oddziaływa nietylko na trawienie żołądkowe, lecz w równym stopniu i je-

lit. Według doświadczeń bowiem Lannoisa i Lepinea wykonanych na pętlach jelit u psów (*Compt. rend. soc. biol.* 1882 p. 99) siarkan sodowy w górnych częściach jelit biorących największy udział w chłonieniu, wessanie peptonów w bardzo wysokim stopniu upośledza. Tłumaczy się tém upadek odżywienia i ogólne osłabienie po dużych, a częstych dawkach soli karlsb. W tém przypadku należy raczéj używać soli karlsb. w postaci lawatyw.

7. U osób osłabionych, jakotéż wrażliwych, lub mających odrazę do środków solnych należy sól karlsb. zastąpić innym środkiem. (Dok. nast.)

III. Kazuistyka lekarska.

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. **Ludwik Wolberg**,
miejscowy lekarz szpitala.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

4) Chorea magna czy też histeryja?

Do ambulatoryjum szpitala dla dzieci zgłosiła się 17 stycznia 1883 r. kobieta, prowadząca za rękę chłopczyka 12-letniego, bladego, o ponurém spojrzeniu. Matka prosiła o przyjęcie dziecka do szpitala, podając, że jest warjatem (*miszyge*). Waryjactwo chłopca, wedle jéj słów, polega na tém, że od czasu do czasu staje się jakby martwym, przewraca oczy do góry, pada na ziemię lub na łóżko, gdzie się zdarzy, leży tak chwilkę, a potém powraca do przytomności, nie wiedząc nawet, co się z nim działo. Podczas takiego napadu można go bić, krzyczeć nań, oblewać zimną wodą, nic nie pomaga; a natychmiast po napadzie powraca do poprzedniego prawidłowego stanu, bawi się daléj, lub je, słowem wraca do tego samego zajęcia, podczas którego napad go zaskoczył. Podczas napadu nie miewa żadnych drgawek, ani skurczów, ani wyprężania, ani podrzucań, leży jak trup. Przed napadem żadnych zwiastunów, ani krzyku, ani bólu, ani dławienia. Ilość napadów przez dzień jest rozmaitą, zwykle jednak kilkanaście. O przyczynach jakotéż o rozwoju i przebiegu cierpienia ani matka, ani pacyjent nie mogli nas poinformować. Tyle tylko mogłem się od matki wywiedzieć, że chłopiec poprzednio zupełnie zdrów, przed ośmiu dniami zaczął uskarżać się na ciągły ból głowy, a dopiero na kilka dni przed udaniem się do szpitala, dostał pierwszego napadu. Tegoż samego dnia miał jeszcze trzy napady, a następnych dni stan się pogarszał, ilość napadów bowiem zwiększała się, a ból głowy wciąż trwał. W nocy sypia spokojnie i wcale napadów nie miewa.

Przystąpiwszy do badania przekonałem się, że chłopiec jest wątłéj budowy, bladéj cery i ma dosyć blade wargi. Źrenice znacznie rozszerzone, brwi ściągnięte, a oczy biegają, co właśnie stanowi przyczynę owego posępnego, a niepewnego spojrzenia, głowę trzyma pochyloną na piersi. Chodzi krokiem pewnym, odpowiada zupełnie rozsądnie, ale dosyć apatycznie. Twarz wyraża więcéj zamyślenie i cierpienie, niżeli stępienie inteligencyi. W narządach wewnętrznych nie znalazłem nic nieprawidłowego. Szmerów w sercu nie słychać, brak ich téż w żyłach szyjnych. Wypróżnienia miewa codziennie. Nie mogłem stwierdzić ani zębów zepsutych, ani długotrwałego wypływu z ucha, ani kamieni, ani uzasadnionego podejrzenia samogwałtu; słowem nie znalazłem żadnéj przyczyny, którаby mogła wytłumaczyć owe napady jako odruchowe. Pomimo tego możliwém jest, że odruchy były wywołane jakimś niedającym się zbadać stanem któregokolwiek z wewnętrznych narządów lub mózgu (p. Henoch: *Ueber Chorea. Berl. klin. Woch.* 1883, Nr. 52).

Co do anamnezy, to chłopiec dotychczas żadnych chorób nie cierpiał, reumatyzmu także nie miał, a u rodzeństwa i rodziców chorób nerwowych lub umysłowych nie uważano. Chłopak uczęszczał dla kształcenia się do chejderu; być bardzo może, że tam jakaś surowsza kara lub groźba, lub inny bodziec psychiczny był przyczyną wywołującą cierpienie.

Zaraz drugiego dnia po przyjęciu (19 stycznia) byłem świadkiem napadu. — Chory w kilka minut po zbadaniu go przezemnie siedział jeszcze na łóżku; nagle bez krzyku upadł na wznak na łóżko; twarz jeszcze bardziéj niż zwykle zbladła, powieki przymknęły się. Żadnego skurczu ani drgawek. Otworzyłem powieki, gałki były zwrócone ku górze, przy dotykaniu rogówek odruchowo zwierały się powieki. Chory podczas napadu słyszy, jak się zdaje, ale nie może ani odpowiadać, ani poruszyć się. Lżejszych ukłuć i szczypania nie czuje. Mimowolnego oddawania kału, moczu, lub pienienia się śliny nie zauważyłem. Palce rąk i nóg wyprostowane, mięśnie zupełnie miękkie. Podniesiona ku górze ręka lub noga opada bezwładnie, jak się tylko ją opuści. Cały obraz uderza podobieństwem do zemdlenia. Tętno raźne 80, oddychanie spokojne, ciepł. 37·2. Napad trwa bardzo krótko, od pół minuty do pięciu najdłużéj i ustaje tak szybko, jak się zjawił. Chory otwiera oczy, siada na łóżku, zaczyna rozmawiać, a najczęściéj sam mówi, który z rzędu napad przechodził tego dnia. Po napadzie nie czuje ani znużenia, ani bólu, nie wie dokładnie, co się z nim działo. Badanie wziernikowe dna oczu wykazało tylko lekkie zaczerwienienie tarczy obu nerwów wzrokowych. Podczas wziernikowania, które z 10 minut trwało, chory dostał napadu, ale wówczas oczy były tak silnie zwrócone ku górze, a źrenice ukryte pod górnemi powiekami, że nie mogłem zbadać oczu podczas samego napadu. Dodać jeszcze muszę, że podczas napadu chory najczęściéj przekładał głowę na lewe ramię, albo też zwieszał ją przez lewy brzeg łóżka.

Napady są znacznie częstsze w rannych godzinach, niżeli po obiedzie. Może być, że sytość i trawienie odruchowo zmniejszają pobudliwość środków nerwowych. Wiemy przecie, że u wielu histeryczek obfite jedzenie uspokaja niektóre przypady.

Pierwszego dnia pobytu w szpitalu miał chory 9 napadów, drugiego 11, trzeciego 12, czwartego dnia 13; tegoż dnia uskarżał się na ból głowy tuż nad okiem prawém.

Z początku, zanim dokonałem dokładnego badania i obserwacyi chorego, działałem objawowo i zacząłem od oczyszczenia kiszek, a następnego dnia przypuszczając ogólne osłabienie organizmu zapisałem żelazo i pożywną dyjetę, złożoną z mięsa, mleka, jaj i bułek. Obok tego dla uspokojenia nerwów bromek potasu (drach. na 3 unc. wody, co 3 godz. łyżeczkę). Napady jednak nie ustawały, przeciwnie ilość ich zwiększała się. Przypuszczając obecność glist zadawałem choremu kusynę, ale bez skutku. Następnie pozostając przy dawnych lekarstwach, poleciłem wycierać chłopca ręcznikami, w zimnéj wodzie maczanemi. Pomimo wszystkiego nie widziałem najmniejszéj poprawy. Dzienna ilość napadów przez cały czas pobytu chłopca w szpitalu (do 16 lutego, zatém przez cały miesiąc) nie zmniejszyła się, wahając się między 10 a 16 na dobę. W nocy chłopiec spał spokojnie. W czasie kuracyi narzekał niekiedy na ból pod dołkiem, który zwykle zjawiał się nad ranem i przechodził po godzinie. Ani mdłości, ani odbijanie nie towarzyszyły bólowi.

Nie widząc poprawy, matka zabrała chłopca ze szpitala; nie straciłem go jednak z oczu, gdyż mieszkał w mojém sąsiedztwie. Z początku przez kilka dni doznawał on w domu takich samych napadów jak w szpitalu, po tygodniu jednak obraz gwałtownie się zmienił. Pomiędzy napadami prawie nie było wolnych przestanków, podczas których chory byłby zupełnie zdrowym. Napady następowały jeden po drugim i nie odznaczały się już, jak poprzednio, chwilową utratą przytomności i trupią bezwładnością, lecz stały się bardziéj podobnemi do napadów manijakalnych. Podczas napadu chory tracił przytomność, nie rozumiał, co do niego mówiono, rzucał się z początku na wszystkie strony, machał rękami i nogami, uderzając niemi to o łóżko, to o ścianę, wyrywał się tym, którzy go trzymać chcieli, podrzucał całém ciałem do góry i wyprężony odpoczywał chwilkę, opierając się o łóżko tylko głową i stopami, jak zgrabny akrobata, następnie znowu opadał, jakby zmęczony na łóżko. Przy tém wszystkiém niezrozumiale krzyczał, pluł na wszy-

stkie strony, bił otaczających i siebie, to otwierał, to zamykał oczy. Po kilku minutach uspokajał się, oddychał głęboko, jak człowiek zmęczony długiém bieganiem, opadał bez sił na łóżko, odzyskiwał przytomność, rozglądał się, a po 10—15 minutach odpoczynku znów z przeciągłym krzykiem podrzucał się w górę, tracił przytomność i przedstawienie na nowo się rozpoczynało. Chory po napadzie wcale nie wiedział, co wyrabiał podczas niego, czuł tylko zmęczenie. Matka przez cały dzień doglądała dziecka, starając się zabezpieczyć je od skaleczeń, wypadnięcia z łóżka itd. W nocy spokojnie sypiał po kilka godzin, lecz wkrótce po przebudzeniu się rozpoczynały się napady.

Zawezwany do chorego na trzeci dzień po wystąpieniu owych napadów zaprosiłem na naradę kol. Gajkiewicza, który zgodził się na moje rozpoznanie (*Chorea magna*). Poleciliśmy bromek potasu w 10 gramowych dawkach, trzy razy dziennie i rozpylanie eteru wzdłuż kręgosłupa. Napady te trwały jeszcze przez pięć dni, nie zmieniając się wcale, następnie jednak rzadziéj przychodziły i krócéj trwały, a po kilku dniach napady nagle ustały, lecz natomiast chory zaczął zupełnie mówić od rzeczy, opowiadać o jakichś podróżach, o nieznajomych ludziach, albo też nie odzywając się ani słowa siedział po kilka godzin w kącie. Ten stan trwał przez kilka dni; matka wówczas zupełnie zaniechała leczenia. Gadanie bez sensu trwało przez sześć dni a potém ni ztąd ni zowąd ustąpiło, żadne nowe objawy nie zjawiły się i chłopczyk powrócił do stanu normalnego, w jakim go już od trzech miesięcy nie widziano.

Od owego czasu miałem sposobność kilka razy na ulicy spotykać dawnego pacyjenta, który podobnież jak i jego matka, utrzymywał, że ma się zupełnie dobrze, i że ani dawne napady, ani żadne inne objawy nie pokazały się. Padaczkę mogliśmy wykluczyć na téj zasadzie, że obraz choroby stopniowo się zmieniał, że napady były bardzo częste, co pół godziny, że w pierwszym okresie choroby nie było żadnéj hyperkinezy podczas napadu, a ruchy i rzucania się drugiego okresu wcale nie były podobne do drgawek lub skurczów padaczkowych. Również ulega wykluczeniu *Chorea minor* (taniec św. Wita), podczas którego pewnego rodzaju niekoordynowane rzuty i skurcze mięśni występują wtedy, gdy chory chce wykonać inny ruch. W téj chorobie nie ma utraty przytomności, obraz choroby pozostaje jednostajnym aż do wyzdrowienia; recydywy są częste, a gościec i wada serca najczęstszą wywołującą przyczynę. Wreszcie przypuścićby można, że chory po prostu udawał. Za tém przemawiałoby nagłe wyzdrowienie, przeciw temu jednak przemawiają liczniejsze i ważniejsze okoliczności. Chory byłby w stanie udawać utratę przytomności, krzyki, rzucania się, lecz nie mógłby blednąć na zawołanie, źrenice nie rozszerzyłyby się i oczy nie zwracałyby się tak pilnie ku górze. Przytém prawie ustawiczne rzucanie się podczas drugiego okresu, po wyjściu chorego ze szpitala, nie było także udaném, gdyż udającemu brakłoby sił, a właśnie tylko śród napadu hysterycznego chorzy nawet wątli zyskują jakby nadprzyrodzone siły. Zmienność objawów i podział choroby na trzy okresy utraty przytomności (jakby omdlenia), rzucania się podobnego do manii, a wreszcie lekkiego pomięszania umysłu, z następném prawie nagłém wyzdrowieniem i to wtedy, zaniechano wszelkiego leczenia, przemawia również za hysteryją, która znajduje potwierdzenie w bladéj cerze, niepewnemu spojrzeniu, mrukliwemu a zarazem drażliwemu usposobieniu pacyjenta.

Przyznaję, że podczas pobytu chłopca w szpitalu, choć podejrzywałem hysteryję, jednak rozpoznałem *Vertigo epileptica*, a dopiero po nagłéj zmianie całego chorobowego obrazu utwierdziłem się co do rzeczywistości pierwotnego podejrzenia.

W przypadku tym jedna rzecz pozostaje zupełnie ciemną, mianowicie przyczyna, która wywołała cierpienie. Można przypuszczać samogwałt tak częsty u dzieci szczególniéj uczęszczających do szkół, albo też silny bodziec moralny, jakąś przykrość, obrazę lub pobicie, działające i fizycznie i psychicznie. (Dok. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychiatryczne i sądowolekarskie ocenił prof. Dr. Blumenstok.

III.

Prof. Dr. Meynert: Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, begründet auf dessen Bau, Leistungen u. Ernährung. Erste Hälfte; Wien, 1884, Braumüller, in 8vo, str. 288, z 6 rycinami i 1 tabl.

„Twierdzenie, jakoby choroby umysłowe były chorobami mózgu, a szczegółowiéj jeszcze, że są chorobami mózgu przodkowego, jest twierdzeniem gołosłownêm, które nic nie zyska na sile, przez to, że jeden za drugim je powtarza“, — takie wyznanie wiary składa reprezentant psychijatryi przeszłości, prof. Neumann, w dziele już przez nas omówioném. Mamy teraz przed sobą dzieło autora znakomitego, który już od dawna uchodzi za reprezentanta psychijatryi przyszłości, a który jakby na przekór Neumannowi nazwę psychijatryi wprawdzie jeszcze toleruje, jako utartą, ale obok niéj śmiało stawia nazwę nową: kliniki chorób mózgu przodkowego, a w przedmowie dodaje, że nazwa psychijatryi jest niestosowną, ponieważ obiecuje więcéj aniżeli dotrzymać jest w stanie.

Prof. Meynert jest pierwszorzędną powagą w anatomii mózgu, bodaj czy obecnie nie powagą największą. Mieliśmy przyjemność przez czas dłuższy przypatrywania się sekcyjom mózgu przez niego robionym, i podziwialiśmy mistrza, dla którego ów organ tak powikłany i zagadkowy zdawał się nie przedstawiać żadnych tajemnic; preparaty zaś jego mózgowe uznane są w całym świecie jako znakomite. Prof. Meynert nadto jest badaczem filozoficznie kształconym, skłonnym bardzo do wysnuwania z badań swych anatomicznych wniosków zbyt śmiałych, ale spekulacyja jego nie razi, bo wiemy, że nikt nie jest tak uprawnionym do niéj, jak on właśnie; szkoda tylko, że podziela los niektórych anatomów, a wielu filozofów niemieckich, że nie posiada daru pisania potoczystego, bo styl jego jest ciężki, męczący, a okresy długie, w których zdania końcowe nie zawsze pozostają w prawidłowéj zgodności z początkowemi, czynią wykład częstokroć wprost niezrozumiałym. Trzeba nietylko gruntownéj znajomości języka niemieckiego, ale i zamiłowania do przedmiotu, aby zwalczyć te trudności i nie znużyć się przedwcześnie; ale też w nagrodę wytrwałości i cierpliwości wynosi się z czytania jego prac korzyść rzeczywistą.

Ale prof. Meynert jest nietylko anatomem i myślicielem, bo z urzędu jest i psychijatrą, czyli jak się wyraża, klinicystą chorób mózgu przodkowego. Czy jako klinicysta i psychijatra również jest znakomitym i szczęśliwym, jak w anatomii mózgu, o tém powątpiewać wolno. Wszak wnioski, do których dochodzi najzdolniejszy anatom lub fizyjolog, nie zawsze dają się bezpośrednio spożytkować w klinice, a jeżeli badacz ten sam kliniką rozporządza, to często popada w kolizyję między wnioskami swemi teoretycznemi a praktyką, a jeżeli sprzeczności téj sam nie widzi i nie uznaje, to tém bardziéj spostrzegają ją drudzy. Jakby w celu odparcia zarzutu tego zapewnia M., że część anatomiczno-fizyjologiczna jego dzieła wynika z części klinicznéj, albowiem objawów chorobowych nie zestawia na tle podstaw naukowych, lecz szukanie tych podstaw jest wynikiem potrzeby tłumaczenia objawów chorobowych. Pytanie jednak,

czy ten, który pierwéj był i przeważnie pozostał anatomem, może się do tego stopnia wyzwolić, aby bez uprzedzenia szukać podstaw anatomicznych dla obserwacyi klinicznéj, i czy raczéj nie widzi objawów klinicznych w świetle swych badań anatomicznych. To téż i wykład kliniki chorób mózgu przodkowego, w którym M. zestawił to, co już od dawna wykłada i w licznych rozprawach szczegółowych ogłosił, pomimo, że nie jest niespodzianką, albo właśnie dla tego, że zasady jego już są powszechnie znane, przyjętym będzie z pewném niedowierzaniem pod względem klinicznym, jakkolwiek nikt nie odmówi wielkiego uznania części anatomicznéj a nawet i fizyjologicznéj.

Już w przedmowie M. podaje główny szkic dzieła, i wygłasza swoje wyznanie wiary. Podnosi on przeciwieństwo nietylko terminologiczne, ale i pod względem pobudliwości, zachodzące pomiędzy mózgiem przodkowym (*Cortex*) a ośrodkami podkorowemi, w którém chce znaleźć klucz do nieprawidłowego działania mechanizmu mózgowego w chorobach umysłowych. Nie zadawalając się metodą statystyczną, uwzględniającą zbytecznie wpływ pokrewieństwa na usposobienie dziedziczne, umieszcza autor usposobienie pomiędzy chorobami, a nie jako ich przyczynę. Obłąkanie moralne ma według niego stanowić dowód, jak dalece nauka o wpływie dziedziczności dostała się na manowce; że Meynert nie wierzy w istnienie obłąkania moralnego, wiemy już, odkąd jeden z jego asystentów (Dr. Holländer) przed 2 laty ogłosił odnośną swą rozprawę, w któréj dowodzi, że obłąkanie moralne nie jest niczém innném, jeno obłędem wielkości. Rozprawa ta, naszpikowana cytatami filozofów, nosi na sobie wszystkie znamiona szkoły mistrza, wszystkie jéj zalety i wady, a ostatecznie nikogo nie przekonywa; przypominają się bowiem trafne słowa Bucknilla: „*Moral insanity has not been invented, but only has been misrepresented*“.

W połowie 1éj dzieła Meynerta znajdujemy najprzód świetny opis mózgu, zajmujący prawie połowę zeszytu a ozdobiony 57 rycinami ślicznemi i tablicą, daléj uwagi fizyjologiczne, rzecz o odżywianiu mózgu i o mechanizmie fizyjognomiki z uwzględnieniem badań Darwina, pogląd na obrazy chorobowe mózgu przodkowego, a w końcu początek części szczegółowéj, właściwéj kliniki chorób umysłowych. W sprawie lokalizacyi czynności mózgowych zalicza się stanowczo do obozu jéj zwolenników, i przedstawia nie bez ścisłéj krytyki prace Fritscha, Hitziga, Ferriera, Nothnagla, Munka, Goltza itd., przy któréj to sposobności kilkakrotnie przypomina, że rozdział o anatomii mózgu w dziele Leidesdorfa z r. 1865 dosłownie przez niego a nie przez ostatniego napisany został, co dotychczas było publiczną tajemnicą w Wiedniu. Bardzo cennemi są uwagi nad odżywianiem mózgu, mniéj przystępnym jest rys ogólny chorób umysłowych a oryginalnym podział tych chorób, który w końcu podaje. M. dzieli choroby mózgu przodkowego na polegające: 1) na zmianach anatomicznych (zniekształcenie, sprawy ogniskowe mózgu i sprawy rozlane); 2) na zmianach w odżywieniu i 3) na intoksykacyjach, rozpoczynając wykład kliniczny od kranijologii patologicznéj.

Niestety na niéj kończy się połowa 1sza dzieła, mamy więc tylko lekki przedsmak tego, co nastąpi, a uzbroić się musimy w cierpliwość, zanim ukaże się połowa 2a, zawierać mająca właściwą psychijatryję. Z tego powodu poprzestać musimy na teraz na zwróceniu uwagi na dzieło, które bądź co bądź mieści w sobie poglądy oryginalne, na dzieło autora znakomitego, który w dali pokazuje nam ziemię obiecaną, w zagarnięcie któréj on mocno wierzy, która jednak pozostanie niedościgłą dla pokolenia obecnego.

Prof. Adamkiewicz: **O ucisku i ściśliwości mózgu.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Autor rozróżnia z tego punktu zapatrywania trzy stopnie ucisku. Pierwszy stopień ucisku ujęty jest w granicach ściśliwości masy nerwowéj mózgu i nie sprowadza żadnych zaburzeń w jego czynności. Tu należą wszystkie przypadki zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj (np. skutkiem obrzęków) o przebiegu utajonym. Trzeci stopień ucisku równa się zniszczeniu tkanki, nie różni się więc wcale od jakiegokolwiekbądź urazu zmiażdżającego tkankę mozgową. Drugi wreszcie stopień ucisku zajmuje pośrednie miejsce między oboma wspomnianemi stopniami. Z jednéj strony działa już za silnie, aby mu sprostać mogła ściśliwość tkanki mózgowéj, a z drugiéj strony jest jeszcze za słabym, aby tkaninę mógł zniszczyć. Działanie drugiego stopnia ucisku przedstawić sobie można w ten sposób, że ucisk sięga aż do najdrobniejszych molekułów nie rozrywając ich jednak jeszcze z ich wzajemnego związku. Pod wpływem ucisku drugiego stopnia występują zaburzenia we funkcyi tkanki ugniecionéj, dla tego téż ten stopień ucisku jest dla patologii najważniejszym.

Ponieważ objawy, wywołane przez ucisk mózgu, zależeć muszą od funkcyjonalnego znaczenia ugniecionéj części mózgu, zbadał przeto autor najprzód czynności półkul mózgowych królika śledząc objawy, jakie powstawały przy spaleniu rozżarzoném żelazem poszczególnych obszarów półkuli mózgu króliczego, a następnie ugniatał różne obszary mózgu za pomocą blaszkownicy, wprowadzonej przez otwór trepanacyjny między kość czaszki a twardą osłonę mózgu.

Jeżeli przednia część mózgu króliczego została ugnieciona, to występowały najczęściéj bardzo charakterystyczne kurcze kloniczne jednostronne w zakresie nerwu twarzowego, mięśni karku i grzbietu, a czasem nawet w zakresie mięśni odnogi górnéj i dolnéj. Kurcze te pojawiały się po 15—30 minutach od chwili włożenia blaszkownicy do jamy czaszkowéj, i występowały zawsze w napadach po przeciwnéj stronie ucisku. Pojedyncze napady trwały zwykle kilka sekund, najdłużéj pół minuty, wracały w nieregularnych przerwach a po upływie 24 godzin od czasu operacyi nie pojawiały się już wcale, poczém zwierzę albo wracało do stanu normalnego i żyło daléj bez żadnych objawów, albo téż zostawało porażoném połowiczo. Kurcze te nie mają nic wspólnego z kurczami, jakie powstawały przy doświadczeniach Leydena, Kussmaula i Tennera. Te ostatnie bowiem są napadami ogólnego tężca, występują obustronnie i to w zakresie mięśni wyprężaczy grzbietu i odnóg i są wyrazem ogólnego podrażnienia mózgu. Z drugiéj strony opisane kurcze nie są kurczami epileptycznemi. Przy napadzie bowiem epileptycznym biorą udział mięśnie po obu stronach ciała, istnieje utrata przytomności, napad zaczyna się ogólnym tężcem, po napadzie zaś następuje ogólne osłabienie, gdy tymczasem kurcze wywołane doświadczeniami przez autora występują jednostronnie, nie są połączone z utratą przytomności (bo zwierzę trzyma się dobrze na łapkach i nie przewraca się) i brak jest kurczów tężcowych i następowego osłabienia. Wyliczone te cechy kurczów, powstałych skutkiem ugniecenia mózgu, odpowiadają natomiast w zupełności tak zwanéj „epilepsyi Jacksona.“ Nadto łączy je ściśléj z tą formą chorobową wspólna etyjologija. Padaczka

bowiem Jacksona spostrzeganą była u ludzi w przypadkach, w których obrzęki ugniatały mózg w zakresie dziedziny psychomotorycznéj (*Fühlsphäre).*

Jak wspomniano, najdaléj po 24 godzinach od czasu operacyi, znikają opisane kurcze, a zwierzę albo wraca do stanu normalnego albo téż ulega porażeniu połowiczemu. Ugnieciona bowiem część mózgu albo potrafi się jeszcze zaakomodować do ucisku, albo téż zostaje porażoną. W ten sposób powstałe porażenie u królika posiada wszystkie te same cechy, co porażenie u człowieka, powstałe z przyczyny mózgowéj. I tak po porażeniu nogi u człowieka osłabione są najwięcéj mięśnie zginające kolano i mięśnie wyprężające stopę (*m. peronaeus* i *m. tibialis ant.*) Tak samo rzecz się ma także u królika lub innego zwierzęcia. Skutkiem osłabienia wspomnianych mięśni nie może człowiek w czasie chodzenia zginać nogi w kolanie, ani téż podnosić stopy w stawie skokowym, dla tego to chory dla umożliwienia ruchów wahadłowych nogi porażonéj, odwodzi ją na zewnątrz w stawie biodrowym i w ten sposób zatacza po ziemi końcami palców stopy łuk, zwrócony swą wypukłością ku zewnątrz. Tak samo chodzi zwierzę, mające porażoną łapkę tylną skutkiem ugniecenia mózgu. U psa występuje opisany ten charakter chodu najwybitniéj wtedy, jeżeli się go schwyci za przednie łapki tak, że pies zmuszonym będzie do chodzenia tylko na obu tylnych łapkach.

Po 12—24 godzinach od chwili wystąpienia porażenia połowiczego pojawia się czasem u chorego zwierzęcia nowy jeszcze objaw, a mianowicie ulegają porażeniu odnogi po drugiéj stronie ciała, to jest po téj stronie, po któréj jest mózg ugnieciony. Jestto tak zwana *„paraplegia posthemiplegica."* — To przeniesienie się porażenia ze strony już porażonéj na drugą stronę ciała jeszcze zdrową dowodzi, zdaniem autora, obecności w mózgu dróg kojarzących te funkcyje, które nawzajem do siebie należą, i stanowi w ten sposób nowy przykład tak zwanych przez A. funkcyj obustronnych.

W miarę tego jak się rozwija połowicze porażenie odnóg i następowe obustronne porażenie (*paraplegia posthemiplegica*), wytwarza się w mięśniach pewien stan napięcia (*spasmus*), a wyrazem stopnia tego napięcia jest wielkość odruchów ścięgnistych. Otóż im więcéj postępuje porażenie, tém silniejszém staje się owo napięcie w mięśniach, a tém samém potęgują się odruchy ścięgniste, z pośród których najwybitniéj występują odruchy kolanowe. Dla dokładnego ich badania, przedstawiał je autor w sposób graficzny za pomocą odpowiednio skonstruowanego przyrządu. Jeżeli do istniejącego połowiczego porażenia dołączy się porażenie po drugiéj stronie, to i tam powiększy się odruch kolanowy, a wtedy ma się więc „obustronne podwyższenie odruchów ścięgnistych." Jeżeli ucisk mózgu dłużéj jeszcze działa, to wystarczy uderzyć w ścięgno rzepkowe po jednéj tylko stronie, aby wywołać równoczesne pojawienie się odruchów, naturalnie zwiększonych, po obu nawet stronach, a wreszcie przy wzrastającém porażeniu odnóg wystarcza jedno tylko uderzenie w ścięgno, aby sprowadzić cały szereg coraz silniejszych skurczów mięśnia czworogłowego. Objaw ten, doświadczeniami wywołany, odpowiada zupełnie objawowi klinicznemu, który Brown-Séquard nazwał niewłaściwie *„epilepsia spinalis,"* autor zas nadał mu odpowiedniejszą nazwę „drżenia ścięgnistego" (*Sehnentremor*). Dowodem świadczącym za identycznością „drzenia ścięgnistego" z tak zwaną *„epilepsia spinalis"* jest równoczesna obecność „objawu stopowego" (Westphala) u zwierząt. Drżenie ścięgniste i objaw stopowy nie są jeszcze ostatniém ogniwem w łańcuchu tych ciekawych objawów spastycznych. Wkrótce bowiem powstaje stan tak wielkiéj wrażliwości mięśni i ścięgien, że teraz następuje drżenie ścięgien samowolne, tak zwany *„tremospasmus"* z drobniejszemi swemi odcieniami. Terazto dochodzi już działanie ucisku na tkankę mózgową do téj granicy, po za którą niszczy i gruchocze tkankę mózgową. Jeżeli jednak w téj krytycznéj chwili oddali się ognisko ugniatające tkankę mózgową, to opisane objawy spastyczne przebiegają całą skreśloną drogę w kierunku wstecznym, a wreszcie znikają także porażenia i zwierzę wraca znów do stanu normalnego.

Doświadczenia te posiadają tę ważną doniosłość praktyczną, że wszystkie objawy uciskowe, począwszy od porażenia połowiczego i jednostronnego powiększenia odruchów ścięgnistych aż do tak zwanego drżenia ścięgnistego samowolnego, polegają na molekularnych zmianach w tkance mózgowéj, które jeszcze ustąpić mogą po usunięciu ogniska ugniatającego tkankę mózgową.

Pod względem zaś czysto naukowym wyjaśniły te doświadczenia nie tylko związek, istniejący między komórkami zwojowemi sensorycznemi, leżącemi w sferze psychomotorycznéj (*Fühlsphäre-corticale Centren*) a komórkami zwojowemi motorycznemi, mieszczącemi się w głębszéj warstwie kory mózgowéj (*subcorticale Centren*), ale rzuciły także światło na przyrodę opisanych objawów drżenia i ugruntowały tém silniéj dawniéj już wypowiedziane przez autora zdanie (zob. „Przegl. Lek." z r. 1883, Nr. i 3), że prawidłowa czynność mięśni jest wynikiem równowagi dwóch antagonistycznych pobudzeń nerwowych.

Ugniecenie tylnéj części półkuli mózgowéj (płatu potylicznego i ciemieniowego) sprowadzało u królika niedowład pęcherza, zwiększenie wydzielin gruczołów ślinnych, błony śluzowéj nosa, jelit itp., a w zakresie zmysłu wzrokowego wywoływało przemijające wysadzenie gałki ocznéj, zez, drżenie gałki ocznéj i zaburzenia troficzne, przy czém jednak nigdy nie pojawiła się tarcza zastoinowa, jako wyraz ucisku mózgu. (*Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression. Sitzb. d. Kais. Akad. d. Wissenschaft* III Abth. Oct. Heft 1883). *Dr. Prus.*

V. Listy „z zachodniego kraju".

III.

Niezaprzeczenie wielkie zasługi w dziejach reformy w Rosyi położyło przeszłe panowanie, jak uwłaszczenie włościan, wprowadzenie samorządu gmin i miast, sądów przysięgłych i t. d., które w części wprawdzie tylko i to ze znacznemi organicznemi zmianami i zastrzeżeniami w ostatnich czasach tylko dosięgnęły zachodniego kraju, lecz co się tyczy służby krajowéj zdrowia zdaje się wszędzie, w całém państwie a tém bardziej u nas, losy jéj są jednakie jak dawniej, żadna zmiana na lepsze nie zaszła w jéj ustroju.

W guberniach Wielkorosyjskich jeżeli nie uwzględniono interesów stanu lekarskiego i spraw sądowo-lekarskich w ogóle, to choć przynajmniéj piecza nad zdrowiem ludności i hygieną miast i wsi przeszła w znacznéj części do samych gmin i na ile to jest możebne przynajmniéj przy braku odpowiednich funduszów i cywilizacyjnych pierwiastków, gdyby w naradach ziemstw kwestyje tyczące się fachu naszego po-

wierzano lekarzom, jeszcze mogliby oni wywiązywać się ze swego zadania z większą korzyścią i lepiéj, aniżeli się to praktykuje w dziewięciu gubernijach zachodnich, gdzie rozmaite zakłady zdrowia, szpitale, domy dobroczynności, nadzór nad rzeźniami i bydłem i sprzedażą produktów żywności, zarówno cała służba zdrowia, lekarze, weterynarze, felczerzy, akuszerki, babki i znachory pozostają w zależności nie od władzy lekarskiéj, lub miejscowego zarządu, lecz jak to było od dawnych czasów od administracyi gubernialnéj. Stosunek ten paraliżuje wszelką czynność i dobre chęci niejednego z prowincyjonalnych urzędowych lekarzy, nagromadzając tylko niepotrzebnie całe archiwa zawalone papierami, korespondencyją i raportami do władz gubernialnych i sprowadzając rolę sanitarnych i sądowo-lekarskich urzędników do martwych liter.

Istnieje wprawdzie w każdéj gubernii tak zwany oddział lekarski (*Wraczebnoje otdielenie*), najwyższa lekarska jurysdykcyja, niegdyś więcéj samodzielna nosiła nazwę zarządu lekarskiego (*Wraczebnaja uprawa*), dziś zaś stanowi oddział przy gubernialnym zarządzie, gdzie oprócz wszelkich formalności i kancelaryjnych przepisów i okólników rozsyłanych do gmin, włości i lekarzów, naznaczają urzędników z pozwolenia gubernatora, mają nadzór nad aptekami, a niegdyś słuchano tam egzaminów na stopnie aptekarskie i felczerskie. Naczelnikiem biura i razem części sanitarnéj w gubernii jest inspektor lekarski, dawniejszy inspektor zarządu lekarskiego, mający pomocnika, przy czém jeden z nich musi być biegłym w sprawach jako chirurg, a drugi jako akuszer, do czego są państwowe egzamina, dopełniane jako prosta formalność. Dawniej zarząd lekarski gubernijalny składał się z trzech członków, z inspektora i dwóch członków, operatora i akuszera. Obecnie liczbę ich ograniczono do dwóch. W zarządzie zasiada i biegły w kwestyjach farmaceutycznych, noszący tytuł asesora farmacyi. Oddział lekarski do pewnego stopnia jest najwyższą instancyją rozwiązującą sprawy i orzekającą swe zapatrywania w rozlicznych kwestyjach wchodzących w zakres medycyny sądowéj, policyjnéj, lub zdrowotnéj w gubernii, choć od czasu wprowadzenia sądów przysięgłych w kwestyjach zawiłych po miastach uniwersyteckich do sądu jako biegli wzywani bywają profesorowie. Inspektor z urzędu swego jest razem członkiem wielu jurysdykcyj gubernijalnych, jako to: komitetów turmy, szpitali sanitarnych, czerwonego krzyża, komisyi powinności wojskowéj i t. d.

W powiatach czynności sądowo-lekarskie spełniają lekarze miejscy i powiatowi. Lekarz miejski zarządza razem szpitalem miejskim, który jest powodem ciągłych niezgód i waśni pomiędzy administracyją gubernijalną a samorządem miasta; jest on członkiem rozmaitych komisyj powiatowych, robi sekcyje sądowe tylko w mieście, i ma nadzór tylko nominalny nad spożywczemi produktami, nad bydłem skazaném na rznięcie, a również lekarz miejski, lub powiatowy bywa corocznie wzywany do komisyi powinności wojskowéj, co stanowiło przed laty główny dochód urzędującego lekarza. W czasach poddaństwa w wielu miejscowościach był zwyczaj uświęcony latami, że kiedy pan zdawał najczęściéj złego chłopa nieposłusznego lub złodzieja dla poprawy do wojska płacił lekarzowi za przyjęcie po rs. 3 od głowy. Następnie czasy się zmieniły, już płacono nie za orzeczenie o stanie zdrowia rekruta, ale za wynalezienie w nim choroby, za co płacili żydzi nie kilku lecz kilkuset rublami i trzeba powiedzieć prawdę, że lekarzy znieważających stan swój i zaprzedających sumienie było nie mało, a uzbierawszy z naborów kolosalną sumę przez lat kilkanaście nie jeden z nich zabezpieczał sobie starość wygodną. Dziś jednak tego rodzaju spekulacyje coraz są rzadszemi na szczęście reputacyi naszego zawodu.

Jeden zwykle szpital w mieście powiatowém na kilkadziesiąt łóżek czyni zadość potrzebie całego powiatu mającego ludności od 150 do 200 tysięcy i jakich ze sto lub więcéj wiorst przestrzeni. W południowo-zachodnich gubernijach są szpitale majątkowe, lub fabryczne. z których czasem ludność może korzystać, lecz w północnych, gdzie przestrzenie większe, a ludność rzadsza i bardziéj odległa od powiatowego miasta, w którem tylko jest szpital, stosunek ten o wiele gorszy. Podobnie jest i w miastach gubernijalnych. Nie myślcie jednak, aby ludność nasza czuła niedostatek szpitali, w których łóżka najczęściéj pustką stoją. Pochodzi to ztąd, że szpitale w opinii ogółu używają najgorszéj reputacyi. Nie mówiąc już o elementarnéj czystości, braku funduszów utrzymania zwykle dotkliwie czuć się dającego dla chorych, którzy rzadko kiedy mają świéże i zdrowe pożywienie, a co się tyczy samych leków to zapas tych tak jest ograniczonym, że czyni położenie lekarza wielce drażliwém, który dbać o tém musi, aby one nie przekraczały naznaczonéj normy. Systemat gospodarstw szpitalnych jest prowadzony ze szkodą zakładów za pośrednictwem dostawców żydów, silnym węzłem wspólnych interesów połączonych tak z dozorcami szpitali (*smotritielami*) jako téż i z lekarzami miasta, nie zbyt rzadko z niemi solidarnymi a co smutnie w takich razach odbija się na położeniu chorych przywodząc gospodarstwa szpitalne do ostatecznéj ruiny. Szpitale rządowe miejskie pobierają zwykle od chorych po rs. 7 kop. 20 miesięcznie, chorzy na przymiot wszech stanów i ubodzy darmo się leczą, lecz jeżeli powtórzymy wyżéj przytoczone słowa, że ludność cokolwiek zamożniejsza nie udaje się do szpitala, cały więc dochód utrzymania idzie za pobyt w nim aresztantów i żołnierzy, jeżeli ci ostatni nie mają własnego szpitalu, za których rząd płaci po 73 kop. na dobę. Zarząd zwierzchni nad szpitalami przeważnie zależny bywa od władzy gubernialnéj, która pomimo nowowprowadzonego do miast samorządu zmusza miasta nieraz popełniać deficyty wynikające z nadużyć najbliższéj szpitalnéj administracyi. Dobrowolną odmowę miast w danych przypadkach łatwo usprawiedliwić można, że szpitale nie są na utrzymaniu miast lecz rządu i one nie posiadają głosu doradczego w sprawach szpitalnych, a procent chorych z miasta jest bardzo nieznaczny, szczególnie w powiatach, a przeważa w nich zawsze ludność ze wsi. Główny zarząd centralny wszystkich szpitali w gubernii, pozostający w ręku administracyi gubernijalnéj, utrudnia wszelkie mogące być robione reformy, powiększa nadużycia i stawia niejednego ze szpitalnych lekarzy w wielce trudném położeniu, bo w najdrobniejszych nieraz rzeczach zmuszonego żądać pozwolenia zwierzchności, jak n. p. co do wyostrzenia i naprawy narzędzi chirurgicznych, na które może czekać i rok i więcéj, a nieraz decyzyja zwierzchności nadchodzi w pewnych kwestyjach, kiedy już właściwy czas minął.

Felczerzy po szpitalach miastowych cywilnych są to po większéj części dzieci żołnierzy lub mieszczan, którzy pokończyli szkołę felczerską, za co obowiązani są lat dwanaście przesłużyć na służbie w szpitalu rządowym. Przy nizkim bardzo poziomie ich umysłowego rozwoju, przy zarozumia-

łości o swojéj wiedzy i przy wysokiéj demoralizacyi i pijaństwie, któremu się najczęściéj oddają, każdy z nich służbę nietylko że nie ceni, ale chciałby, aby się jéj co najprędzéj pozbyć, tylko że rząd zwykle każdego z tych dłużników przytrzymuje do czasu zostając głuchym na przedstawienia lekarza szpitalnego. Słuszne bardzo zdanie wyraziło Towarzystwo lekarskie warszawskie co do zupełnego zniesienia stanu felczerskiego, który przy coraz zwiększającéj się liczbie lekarzy staje się zupełnie zbytecznym a nawet szkodliwym dla ludności, a co się tyczy szpitali tam najlepiéj mogą usługę tę spełniać posługacze szpitalni, lub siostry miłosierdzia, jak się to praktykuje za granicą, a i u nas do r. 1864 doskonale wywiązywały się z tego obowiązku w wielu miastowych szpitalach siostry miłosierdzia.

Część sanitarna, która w wielkorossyjskich gubernijach jest zupełnie powierzona samorządowi gminnemu, który posiada nieraz bardzo wzorowo urządzone szpitale i ma pieczę o całéj ludności, w naszych dziewięciu zachodnich gubernijach pozostawała w zawiadywaniu lekarzy powiatowych, zanim nie wyznaczono do tego osobnych lekarzów tak zwanych wiejskich (sielskich), którzy przy pobieraném mizerném utrzymaniu 600 rs., przy braku w swém zajęciu wszelkiej pomocy ze strony gmin, muszą zadawalać się usługą kilkunastu włościan wyuczonych, szczepić ospę (*ospoprziwiwatielej)* i kilku na wpółpiśmiennych felczerów, muszą jeździć po rozległym nieraz powiecie lecząc choroby epidemiczne i podając we wszystkich chorobach pomoc włościanom, mieszkającym na przestrzeni 100 wiorst i więcéj zaludnionéj od 180 do 200 tysięcy. Na lekarstwa lekarz wioskowy pobiera od 700 do 900 rs. rocznie i te jeszcze nieraz obcięte przez administracyję lub przez samego lekarza. Skutkiem wymagania tak nadmiernego, przechodzącego siły pojedyńczego człowieka, całe zajęcie podobnego lekarza pozostaje na papierze tylko, lub w braku takiego poruczaném bywa w zastępstwie lekarzowi powiatu.

Skutkiem epidemii błonicy, o jakiéj w swoim czasie więcéj napiszę, w gub. południowo-zachodnich urządzone zostały przed laty kilku przez rossyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża oddziały sanitarne, składające się z lekarza, siostry miłosierdzia i felczera. Oddziały takie przeważnie istniały na Podolu, lecz niedługo w braku środków musiały upaść, a w miejscowościach, w których przed parą laty władza prosiła o pomoc Towarzystwa Czerwonego Krzyża, niektóre powiaty gub. kijowskiéj mają czasowego lekarza od dyfteryi, dodanego do pomocy wioskowemu często, gdzie choroba epidemicznie istnieć przestała. Lekarz taki, naznaczony na rok na dwa powiaty i mniej więcej ma od 300 do 400 tysięcy ludności i do 300 wsi, musi działać nie mając ani pomocy, ani szpitali, pobierając tylko rs. 50 miesięcznie na lekarstwa.

W nowowprowadzonych sądach przysięgłych obecnie już w całym kraju zachodnim lekarze miastowi i powiatowi są zwyczajnie biegłymi w sprawach wymagających ekspertyzy lekarskiéj. Do nich téż należą zaświadczenia o dobroci produktów spożywczych skutkiem wezwania policyi, wszelkie orzeczenia w sprawach policyjno-lekarskich jak opatrzenie bydła idącego na rzeź. Ta ostatnia czynność przejśby powinna pod wyłączny dozór weterynarzy, których przysyłają na urzędy tymczasowe po powiatach. Jeżeli dodam jeszcze nominalne tytuły bez zajęcia, jak akuszerek powiatowych, otrzymujących po sto rubli rocznéj pensyi i tak zwanych wiejskich (sielskich) z pensyją rs. 35 rocznie, będzie to cały krótki opis naszéj krajowéj służby zdrowia. *Jan Iłgowski.*

VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra Kwaśnickiego.

II.

Dnia 2 czerwca popołudniu rozpoczęły liczne sekcyje swe posiedzenia. Zdając sprawę z rozpraw sekcyjnych, zamierzam uwzględnić tylko sekcyje ściśle lekarskie, a to z powodu, że sprawozdanie moje jest przeznaczone wyłącznie dla lekarzy.

Sekcyja chorób wewnętrznych.

Pierwsze posiedzenie zagaił Dr. Kaczorowski, podając myśl zorganizowania sekcyi a następnie zaprosił na przewodniczącego prof. Dra Maixnera z Pragi, na wiceprezesa Dr. Bucewicza z Charkowa, na sekretarzy Dra Pacanowskiego z Warszawy i Chłapowskiego z Kisyngi.

I. Szereg odczytów rozpoczął Dr. Gluziński „O badaniach nad trawieniem ciał białkowatych.“ Prelegent przedstawił wyniki badań nad trawieniem ciał białkowatych w żołądku ludzkim, fizyjologicznym i patologicznym, skreślił cechy trawienia i zachowanie się tych ciał w rozmaitych stanach chorobowych, następnie podał sposób badania chorób żołądka; sposób ten ułatwia zbadanie zboczeń czynnościowych żołądka, rozpoznanie, zastósowanie leczenia, a w końcu umożebnia kontrolę nad przebiegiem choroby i wpływem na nią terapii.

W dyskusyi Dr. Jaworski zaznacza, że wielka część objawów podmiotowych polega na tém, że pokarmy zadługo przebywają w żołądku. W stanie prawidłowym kwaśność w żołądku podczas trawienia jest nieznaczna, ilość peptonów mała, a wydalanie treści żołądka dosyć szybkie. Znaczna ilość kwasu, syntoniny i peptonów w żołądku jest stanem patologicznym. Przeznaczeniem żołądka nie jest funkcyja trawienia, lecz zgromadzania pokarmów, a główna czynność trawienia i wsysania odbywa się w jelitach; wszak żołądek można ominąć, karmiąc np. psy przez przetokę jelitową. Dr. Chłapowski podnosi wpływ systemu nerwowego na trwanie trawienia. Dr. Rajchman w swoich badaniach czasem nie mógł wykazać kwasu solnego i po godzinie trwania trawienia. Metodę badania żołądka zastósowaną przez Gluzińskiego i Jaworskiego uznaje za bardzo ścisłą; nadmierną kwaśność soku żołądka także uważa za stan patologiczny. Zbyt szybkie występowanie soku żołądkowego w przytoczonym sposobie badania żołądka może powstawać od podrażnienia sondą.

II. Następny odczyt miał Dr. Rajchmann „O t. zw. niestrawności kwaśnéj.“ Głównym objawem tego cierpienia jest zgaga i kwaśne zwracanie; objawy te spostrzegamy tak przy nadmiernéj kwaśności treści żołądka, jak i wtenczas, kiedy ta zawartość jest prawidłowa lub kwaśność jéj zmniejszona. Zgaga występuje tak dobrze od kwasu solnego jakoteż od mięszaniny kwasów organicznych z kwasem solnym. Uczucie zgagi polega na dostawaniu się kwaśnéj treści żołądka do przełyku, o czém autor doświadczalnie przekonał się; a jeżeli płyn kwaśny dosięgnie gardziela, następuje zwracanie. Dla dostania się płynu do przełyku potrzeba, ażeby się wpust czynnie otworzył, takowy nie wytrzymywał naparu treści żołądka i przepuszczał ją; taką *„insufficientia cardiae“* prelegent przypuszcza, ale jednocześnie sądzi, że częściéj wpust sam się otwiera na drodze odruchowéj, w sku-

tek podrażnienia nieprawidłowéj błony śluzowéj żołądka ostrą treścią takowego.

W dyskusyi Dr. Kaczorowski zwraca uwagę, że drobnotwory odgrywają wielką rolę w czynności trawienia, i wielka część zaburzeń trawiennych polega na dostaniu się do treści żołądkowéj grzybków fermentacyjnych, których miejscem ulubioném przebywania są najczęściéj zepsute zęby, owrzodzenia i nieżyty jamy ustnéj. Dr. Jaworski przestrzega, że chorzy tak niejednako określają zgagę, że mogą wprowadzić w błąd. Co do upustu, to przekonał się J. wziernikiem Mikulicza, że takowy u ludzi zawsze otwarty. Dr. Rajchmann odpowiada, że podług Mikulicza wpust tylko na czczo bywa otwarty, lecz nie podczas trawienia.

III. Dr. Chłapowski mówił „0 dwóch przypadkach białaczki, leczonych przez niego w Kisyndze.“ Dotychczasową nieuleczność białaczki przypisuje prelegent niedokładnéj etyjologii téj choroby i utrzymuje, że w szeregu spraw wyniszczających organizm, które białaczkę sprowadzają, ważną odgrywa rolę pognębienie psychiczne; ten stan depresyi nerwowo-mózgowéj wyraża się zwolnieniem przemiany wstecznéj, wyrażającém się zwiększoną ilością kwasów moczowego, szczawiowego i fosforowego w moczu. Mocz białaczkowych właśnie wyróżnia się takiemi nieprawidłościami swego składu, a ta analogija urologiczna utwierdza prelegenta w przypisywaniu wpływom psychicznym wielkiéj wagi na etyjologiję białaczki. Zapatrywanie to ułatwia zadanie lecznicze. Prelegent wylicza rozmaite metody leczenia ogólnego i lokalnego śledzionowéj postaci białaczki, i w końcu przytacza dwa spostrzeżenia z własnéj praktyki, w obu przypadkach białaczka została stwierdzoną, leczenie polegało na polepszeniu higijenicznych warunków, piciu wody i kąpieli w Kisyndze, oraz zażycia kilku środków przeciw przerostowi śledziony i elektryzacyj takowéj; stan chorych o tyle się polepszył, że dotychczasowe żadne leczenie tak pomyślnych skutków nie dało.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekcyja akuszeryi i ginekologii.

Przewodniczący Dr. L. Domański, sekretarze: Dr. Nowak i Dr. Gryglewicz.

I. Dr. Jerzykowski miał wykład: „Czy sublimat jako środek odwietrzający w położnictwie i ginekologii przewyższa kwas karbolowy.“ Prelegent zwraca uwagę na powtarzające się przypadki otrucia sublimatem, stósowanym w celach antyseptycznych u położnic; objawy tego otrucia są te same, jakie doświadczalnie spostrzegane były na zwierzętach. Autor przytacza własny przypadek, w którym użycie do wstrzykiwania wewnątrzmacicznego 0,25 sublimatu spowodowało śmierć choréj, i w końcu dochodzi do wniosków, że 1) sublimat jest środkiem gwałtownym i powinien być w łżejszych sprawach zastąpiony kw. karbolowym; 2) że tylko w sprawach gnilnych zastósowanie sublimatu jest właściwe, i że 3) w takim razie należy używać rozczynów 1:6000.

Po ożywionéj dyskusyi, w któréj brali udział Drowie: Dukiet, Guliński, Domański, Spira, i prelegent, ostatecznie postawiono następujące wnioski: 1) wstrzykiwania antyseptyczne wewnątrzmaciczne po normalnych porodach są zbyteczne; wskazane zaś są po wszelkich rękoczynach, lub wydaleniu z macicy powstałych części, a niezbędnie przy istnieniu wysokiéj gorączki połogowéj; 2) rozczyn sublimatu może być użyty w tym celu, ale w rozcieńczeniu 1:2000 do 1:6000; 3) stósowniej jednak posługiwać się kw. karbolowym 5%.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

Przewodniczący prof. Dr. Blumenstok, sekretarz Dr. Laskiewicz.

I. Dr. Żuliński miał odczyt: „0 przeciążeniu naukowém w szkołach.“ Określiwszy istotę przeciążenia naukowego młodzieży szkolnéj prelegent podaje następujące sposoby dla zapobieżenia takowemu: 1) rozpoczynać nauki szkolne po skończeniu siódmego roku życia; 2) zmniejszyć ilość godzin dziennéj nauki szkolnéj; 3) liczba godzin nauki powinna być zastósowaną w każdéj klasie do wieku uczniów; 4) godziny nauk natężających umysł przeplatać zajęciami łżejszemi, mechanicznemi; 5) rozpowszechnić metodę nauczania tłumaczącą i objaśniającą, mającą zastąpić pamięciową; 6) zastósować czas trwania lekcyj do wieku uczniów; 7) przestrzegać zachowania przerw między lekcyjami; 8) zaprowadzić gimnastykę nie tylko jako obowiązkowy przedmiot nauki, ale jako przeciwwagę pracy siedzącéj i wytężającéj umysł; 9) stósowanie takiéj metody nauczania, któraby jak najmniéj wymagała pracy po za szkołą; 10) nie wyznaczanie uczniom na czas świąt i wakacyj więcéj jak zwykle pracy; 11) zastąpienie egzaminu dojrzałości egzaminami rocznemi z klasy do klasy, uwzględniając więcéj rozwój umysłowy aniżeli pamięć; 12) przestrzeganie warunków higijenicznych w salach szkolnych; 13) nie nużenie nauczycieli zbytnią pracą, co ich pozbawia jasności i przystępności wykładu; 14) nauczanie higijeny w szkołach, seminaryjach nauczycielskich i uniwersytetach; i 15) urządzenie stałego lekarsko-higijenicznego nadzoru nad szkołami.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Obtułowicz, Dr. Chałupczyński, radca Motty, Dr. Osowicki i prof Dr. Blumenstok.

II. Dr. Chałupczyński mówił: „0 potrzebie interwencyi w celu ukrócenia pijaństwa.“ Środki któremi można by było najszkodliwszemu nałogowi tamę położyć są według prelegenta następujące: 1) zniesienie szynków i karczem, a zaprowadzenie gospod, w którychby tylko dodatkowo wyskokowych napojów dostać było można; 2) w gospodach nie ma być wolne sprzedawanie wódki osobno, bez pewnéj porcyi pokarmu, wyjątek stanowią piwo i miód z oznaczonym % wyskoku; 3) prawo zakładania podobnych gospod należy zawarować pewną odległością i ilością mieszkańców, — a obszerność gospody powinna być obrachowaną na czasowy pobyt w niéj gości; 4) właściciele gospod są odpowiedzialni za trzeźwość ich gości; 5) zabronić sprzedawania wódki po nad jedną miarę użycia, po za obręb gospody; 6) sprzedaż wódki na kredyt i zastaw powinna być zakazaną; 7) wódka winna mieć stały i oznaczony % wyskoku, i ma być do niéj dodana pewna ilość miodu lub cukru; 8) stan opilstwa wykluczyć z okoliczności łagodzących w sprawach kryminalnych.

W dyskusyi zabierali głos Dr. Obtułowicz i prof. Dr. Blumenstok.

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie zagaił radca Dr. Matecki; przewodniczącym obrano Dra Pernaczyńskiego, sekretarzem Dra Szumana.

Z powodu braku sprawozdania z tego posiedzenia w Dzienniku Zjazdu, a jednocześnie nie chcąc polegać na saméj pamięci sprawozdawcy, nie podajemy nateraz szczegółów od-

noszących się do odczytów mianych na tém pierwszém posiedzeniu i wywołanéj niemi dyskusyi.

O godzinie 6 wielka sala bazarowa i dwie przyległe zapełniły się członkami Zjazdu i wyborem ludzi przodujących w inteligencyi, obywatelstwie i mieszczaństwie; rozpoczęła się biesiada, któréj pierwszorzędném zadaniem nie było pokrzepienie tylko ciała: instytucyja bazaru to dzieło czysto polskie, przez polskie głowy pomyślane, przez polskie zasoby wzniesione; o sklepienia tego budynku odbija się w polskiéj mowie myśl polska; zebrani w takiém miejscu przedstawiciele nauki lekarskiéj nie mogli nie odczuć uroczystéj chwili, nasuwającéj tyle wspomnień dziejowych; wzniosłém téż było każde słowo, każda myśl, chociażby szeptem do ucha sąsiada wypowiedziana.
się jednolici i nierozdzielni, jak mówi Pol: „od Kaniowa do Kaniowa jeyna wiara, jedna mowa.“

Szereg toastów rozpoczął radca Milewski piękną i uroczystą mową, witając naszych pobratymców, oraz przedstawicieli zakładów naukowych i towarzystw, a wreszcie wszystkich dostojnych gości. W rzewnych i serdecznych słowach odpowiedział na ten toast prof. Szokalski. Po chwili wygłosił pełną głębokich myśli mowę radca Dr. Kaczorowski w języku czeskim; mowca uczcił w swém przemówieniu drogich gości czeskich i rozbudził prawdziwy zapał w kole biesiadném. Na odgłos hymnu czeskiego powstali wszyscy i w podniosłym nastroju wysłuchali porywającéj mowy doc. Dra Chodounskiego z Pragi.

Po tém przemówieniu zabrał głos Dr. Talko i skierował swe słowa do prof. Szokalskiego, którego 50-letni jubileusz działalności naukowéj odbędzie się we wrześniu rb. Mowca skorzystał z uroczystéj chwili, ażeby złożyć hołd jubilatowi w imieniu lekarzy i przyrodników tak Polaków jak i Czechów; jako wyraz tego hołdu ofiarował swoją pracę, poświęconą „Historyi oftalmologii w Polsce“ z portretem jubilata, i zapoznał z treścią téj pracy. Chociaż życzeniem jubilata było, ażeby jubileusz jego nie był obchodzony podczas Zjazdu, i temu stać się musiało zadość, Dr. Talko korzystając z zebrania tylu wielbicieli prof. Szokalskiego wezwał do oddania czci jubilatowi przez powstanie.

Okrzyk „niech żyje Szokalski“ rozległ się po sali.

Z łatwo dającém się wytłumaczyć rozrzewnieniem podziękował Jubilat w krótkich i serdecznych słowach. Następnie prof. Maixner z Pragi wręczył Prof. Szokalskiemu ozdobnie oprawny adres od Towarzystwa lekarskiego w Pradze, a prof. Rydel złożył z stosownem pięknem przemówieniem album w imieniu okulistów polskich z ich portretami. Serdecznemi i pełnemi rozrzewnienia słowami przemówił jeszcze do jubilata dawnych lat kolega, prezes Akademii Majer.

Po pauzie zabrał głos prof. Rostafiński, i porównawszy Wielkopolan do dębu, którego burze nie złamią, jeśli mu tylko nie zabraknie ziemi, przypomniał dawną łączność *Almae Matris Jagellonicae* z Akademiją Lubrańskich w Poznaniu, i wzywał do szukania prawdy w nauce i pracy. Po pięknych przemówieniach p. Syroczyńskiego i Dra Szumana (wierszem), szereg toastów zakończył redaktor Dziennika Poznańskiego p. Dobrowolski staropolskim Kochajmy się.

Wieczorem udali się współbiesiadnicy do ogrodu P. Trypolskiego, gdzie wiele publiczności zebrało się dla uświetnienia téj chwili; koncert wybornéj orkiestry do późnéj godziny podtrzymywał uroczysty nastrój w zebranych, którzy koło północy opuścili to miłe ustronie, unosząc najmilsze wspomnienie z doznanych wrażeń w ciągu tego pamiętnego dnia. (C. d. n.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** w Tulonie utrzymuje się ciągle i pochłania codziennie po kilka ofiar; co gorsza już przekroczyła rogatki miejskie, i ukazuje się we wsiach pobliskich, oraz zawleczoną została z jednéj strony do Marsylii, gdzie również po kilka osób dziennie umiera, a z drugiéj na terytoryjum włoskie, gdzie w Ventimiglia zachorował człowiek przybyły z Tulonu. Jak dotąd zaraza nie sroży się mocno i dla tego trudno pojąć, zkąd wziął się ów postrach paniczny, który opanował mieszkańców Tulonu; natomiast rząd francuski zapewne już nabył przekonania, że od samego początku miał do czynienia tylko z cholerą azyjatycką, zawleczoną z Tonkinu. Z Paryża wysłani zostali Drowie Brouardel i Proust, którzy badają stosunki nietylko w Tulonie, ale i w Marsylii. Na posiedzeniu Izby poselskiéj, odbytém d. 25 czerwca w Paryżu, w skutek interpelacyi posła Rouviera, minister handlu p. Hérisson odczytał sprawozdanie nadesłane przez tych dwóch delegatów, według którego umarło w Tulonie d. 20 czerwca 2, 21—3, 22—9, 23—5, 24—1, 25—6 osób, i że dotąd nie można było osiągnąć dowodu, jakoby cholera została zawleczoną i była cholerą azyjatycką. Minister oddaje pochwały gorliwości władz miejscowych w Tulonie i przyrzeka energiczne postępowanie ze strony państwa, jeżeli tego zajdzie potrzeba.

Tymczasem popłoch wszczęty w Tulonie szerzy się coraz daléj; we wszystkich państwach przedsięwzięto środki ostrożności, zwłaszcza od strony morza Śródziemnego, a pod tym względem najbardziéj interesowane państwa przodują przykładem, a mianowicie: Turcyja, Grecyja, Włochy, Austro-Węgry i Hiszpanija. Rząd wiedeński wysłał podobno prof. Draschego, znanego epidemijologa, do Tulonu. Jednakowoż w środkach zarządzonych przez rządy nie widać zgodności. W ogóle nierozwiązaném jest jeszcze pytanie, czy przerwanie komunikacyi lądowéj jest wskazaném i użyteczném lub nie. Wiadomo, że w pierwszych epidemijach cholery kordony i kwarantany lądowe okazały się bezskutecznemi, i z tego powodu zaniechano ich w epidemijach następnych. Od kilku lat atoli nastąpiła reakcyja pod tym względem i znakomici lekarze zaczęli przywięzywać coraz więcéj wagi do kwarantan i kordonów, jakkolwiek przyznać musieli, że przeprowadzenie tego środka zapobiegawczego jest możebném chyba nad Wołgą, ale nie w Europie cywilizowanéj, gdzie nadto przerwanie lub utrudnienie komunikacyi pod względem ekonomicznym musiałoby być połączoném z ogromnemi stratami, samo będąc wątpliwéj wartości ochronnéj. Ponieważ Koch po powrocie z Indyj i odkryciu prątka cholerycznego w przemówieniu podczas uczty na cześć jego urządzonéj zapowiedział, że po odkryciu tém już nie będziemy tak bezbronnymi w obec nowéj epidemii, więc wszyscy zwracają się teraz ku Berlinowi, spodziewając się ztamtąd ocalenia. Tymczasem Koch milczy, ale za niego przemówił minister Bötticher na posiedzeniu Izby poselskiéj berlińskiéj w d. 18 czerwca. Interpelowany przez dep. Minigerodego oświadczył minister, że bezpośrednio po otrzymaniu wiadomości z Tulonu kanclerz państwa wyznaczył komisyję, mającą czuwać nad bezpieczeństwem państwa, i że w skład téj komisyi wchodzi nietylko Koch ale i Pettenkofer, że nie wie jeszcze, co komisyja ta zarządzi, ale, o ile wie. nie oświadczy ona się za zamknięciem granic kraju i przerwaniem komunikacyi, że rząd może którego z członków komisyi wyszle do Francyi, celem badania zarazy tamecznéj, a wreszcie odwołując się do prac i zasług Kocha ma nadzieję, że Niemcy zarządzą takie środki ochronne, aby państwo było zabezpieczoném.

W dyskusyi Virchow zabrał głos i wyraził swoje przekonanie, że zaraza tulońska jest cholerą azyjatycką, wykazując że powstała ona w parę dni po zawinięciu do przystani tamecznéj okrętu, przybyłego z Kochinchiny, a na którym już w drodze kilka było przypadków cholery, dowodząc następnie że władze nadmorskie, zwłaszcza w kanale suezkim, opieszale pełnią swe obowiązki, obdarzając paszportami zdrowia *(patente netta)* i takie okręty, na których zdarzyły się przypadki chorób zaraźliwych, jakto miało miejsce z okrętem angielskim „Kroko-

dyl", który zawinął do Malty; kładzie więc nacisk na ustanowienie międzynarodowéj komisyi sanitarnéj nad morzem Czerwoném, przez co jedynie można zapobiedz przewleczeniu cholery, podczas gdy środki w Europie przedsiębrane wobec już wybuchłéj cholery zazwyczaj są bezskuteczne, zwłaszcza wobec takiego postępowania, jak we Francyi, gdzie rząd zataja prawdziwy stan rzeczy, mydląc oczy twierdzeniem, że panuje cholera sporadyczna, tak jakby cholera azyjatycka nie mogła występować sporadycznie. — W odpowiedzi minister Bötticher bierze w obronę rząd francuski, który czynił wszystko, co było jego obowiązkiem, a zgadza się z Virchowem co do potrzeby ustanowienia komisyi międzynarodowéj w Afryce.

Według ostatnich wiadomości Koch z polecenia rządu niemieckiego udał się do Paryża, aby się oddać na usługi rządu francuskiego; z Paryza ma następnie wyjechać do Tulonu. Zapewne świat cały cywilizowany z wytężoną uwagą oczekiwać będzie jego sprawozdań.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,6 Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t) z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 4 przypadkach ospy, 16 odry, 6 płonicy, 4 błonicy. Od 8—14 czerwca umarło z ospy w Londynie 27. Świeżo zapadło 353, leczyło się w szpitalach 1322. W Budapeszcie i Paryżu umarło po 2, w Rzymie 3, w Wiedniu i Lizbonie po 4, w Liwerpolu 5, w Petersburgu 7, w Nowym Orleanie 11, w Pradze 19, w Madrasie 137. Z duru umarło w Genewie 8, w Zurychu 4. Odra złagodniała w Roterdamie, Hadze, Londynie i Petersburgu, bardziéj się rozszerzyła w Amsterdamie i Liwerpolu. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Saragosie i Palmie po 1, w Maladze 2, w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Bombayu 18, w Madrasie 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 37,8; w Warszawie 27,3; w Wiedniu 26,8; w Bupeszcie 42,7; w Pradze 38,2; w Tryjeście 21,4; w Berlinie 27,3; w Hamburgu 23,7; we Wrocławiu 28,0: w Gdańsku 26,0; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 17,4; w Genewie 20,9; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 27,6; w Hadze 23,3; w Paryżu 22,2; w Londynie 26,7; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 20,6; w Chrystyjanii 16,8; w Petersburgu 34,7; w Odesie 34,2; w Rzymie 31,6; w Wenecyi 22,0; w Bukareszcie 28,1; w Lizbonie 25,3; w Aleksandryi 38,9; w Nowym Jorku 24,1; w Filadelfii 20,0; w Bombayu 29,3; w Madrasie 45,3.

J. B.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W poprzednim wykazie zamieszczonym w Nrze 26 Przeglądu Lekarskiego wydrukowano mylnie, iż zdarzyły się 3 przypadki śmierci z cholery, winno być 3 przypadki śmierci z dyfteryi.

W tyg. od 15—21 czerwca r. b. zmarło osób 60, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 27·0. W téj liczbie zmarła 1 osoba z ospy, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 3 lipca. Dr. Peszke (w Warszawie, Plac Zielony. Nr. 1) ogłasza w *Gazecie Lekarskiéj* następujący list otwarty:

Zeszyt III „Słownika lekarzów polskich" ś. p. Stanisława Kośmińskiego, który w m. lipcu r. b. prasę opuści, zawierać będzie dokończenie litery *M*, daléj litery *N*, *O*, *P*, *R*, oraz początek litery *S*. Druk czwartego i ostatniego zeszytu niezwłocznie po ukończeniu trzeciego rozpoczętym zostanie i zawierać będzie litery *S*—*Z*, spisy ułożone według treści, czasu, oraz języka wymienionych w Słowniku prac, tudzież dopełnienia. Chcąc żeby praca zmarłego przyjaciela mego, która zgodnie z wolą jego w dalszym ciągu pod moim kierunkiem wychodzi, było o ile możności zupełną i dokładną, upraszam za pośrednictwem *Gazety Lekarskiéj* szanownych kolegów, których życiorysów w wyszłych dotąd zeszytach dla braku danych umieścić nie mogliśmy, o nadsyłanie mi notatek bijograficznych, oraz spisu prac swych z dokładném oznaczeniem, gdzie i kiedy ogłoszonemi były, żebym je mógł w dopełnieniach umieścić. Nadmienić jeszcze muszę, że z wdzięcznością przyjmę wszelkie uwagi, dotyczące niedokładności i braków, jakie się w wyszłych już zeszytach Słownika znaleźć mogą i które w tak obszernéj i mozolnéj pracy są nieuniknione.

* Z Warszawy otrzymaliśmy list następujący:

Jako członek komisyi konkursowéj złożonéj z 7miu lekarzy, z pomiędzy których czterech zajmuje się wyłącznie okulistyką, upraszam szanownego Pana Profesora o pomieszczenie w najbliższym numerze Przeglądu Lekarskiego, następującego sprostowania:

Podług obowiązującéj ustawy o konkursach na posady ordynatorów szpitali warszawskich, takowe odbywać się mają jedynie w języku urzędowym, rosyjskim.

Dr. Kamocki był przez dwa lata nie ordynatorem, lecz asystentem w Instytucie i jako taki pomagał lekarzowi naczelnemu w prowadzeniu ambulatoryjum. Pierwszeństwo przed Drem Kępińskim dla tego przyznaném mu zostało, że otrzymał głosów 68, gdy Dr. Kępiński miał ich tylko 50.

Racz przyjąć itd. od *Dr. B. Gepner*,
Ordynator Instytutu oftalmicznego.

* **Ruch kąpielowy.** W Cieplicach czeskich gości 3.274, W Truskawcu do d. 1 bm. było gości 315, w Gainfarn 534.

* **Berlin.** Powstały tu dwa nowe zakłady lecznicze prywatne: Dra Martina dla chorób kobiecych i prof. Sonnenburga dla chorób zewnętrznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Rektorem Uniwersytetu czeskiego na rok przyszły wybrany prof. położnictwa Streng, dziekanem Wydziału lek. prof. Weiss. — W Wydziale lek. niemieckim dziekanem obrany prof. Hering. Na wezwanie Uniwersytetu Wydział przedstawił terno na wakującą katedrę anatomii opisowéj, a mianowicie na 1ém miejscu prof. Aebego, na 2giém Schwalbego, a na 3cim Merkla z Gietyngi; nie uwzględnił zaś ponownie żadnego anatoma austryjackiego.—Na tymże Wydziale potwierdzony został Dr. Emil Schütz jako docent prywatny dla chorób wewnętrznych. — **Wiedeń** Do nominacyi zaś profesorów nadzw. przedstawieni zostali docenci prywatni: Wölfler, Hofmokl, Englisch, Mauthner i Urbantschitsch. — **Królewiec**. Docent prywatny Dr. Petruschky otrzymał tytuł profesora. — **Kijów.** Profesorem fizyjologii po Tomsie mianowany został docent Dr. Czyryjew.

* **Odznaczenia** Prof. Hoyer wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy petersburgskich, a prof. Neugebauer członkiem koresp. Tow. anatomicznego w Paryżu. — Radca dworu, prof. anatomii Dr. Karol Langer w Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu Leopolda. — Dyrektorem krajowego szpitala powszechnego w Bernie morawskiém mianowany został Dr. Mucha z Królowego Gradca.

* **Nekrologija** Dr. Zygmunt Schützer, o śmierci którego wspomnieliśmy w Nrze 25, urodził się w Gorlicach d. 30 marca 1833 r., nauki lekarskie kończył we Wiedniu, gdzie uzyskał dyplom d. 3 października 1863 r. W tymże roku osiadłszy w Tarnowie brał czynny udział w leczeniu rannych, przywożonych do tego miasta. Szan kol. Dr. Metzger, fizyk m. Tarnowa, któremu daty te zawdzięczamy, pisze, że zmarły był najlepszym kolegą, czynnym i pieczołowitym lekarzem, a Sąd powierzył mu najważniejsze sprawy; nadmiar pracy położył kres jego życiu. O cnotach i zasługach jego obywatelskich bardzo pochlebnie wyraża się artykuł „Pogoni" w Tarnowie wychodzącéj, a przez p. fizyka również nam nadesłany. Ze swéj strony dodać tylko możemy, że znając osobiście nieboszczyka szanowaliśmy w nim kolegę zacnego, sumiennego, postępującego z nauką pomimo ciężkiéj pracy zawodowéj, a przedewszystkiém wolnego od zarozumiałości. Cześć Jego pamięci!

W Warszawie umarł Dr. Józef Mühlhausen, starszy ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Rupperta: Przypadek odmy piersiowéj lewostronnéj, powstałéj w następstwie przedziurawienia ściany przełyku przez owrzodzenie rakowate; Fabia-

na: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (c. d.). W *Medycynie* Nr. 26: Markiewicza (z Kiszyniewa): Białko, pepton i ptomainy.

Piśmiennictwo lekarskie. VERGUEIRO Nicolau P. de C. Lithotripsie in e. künstlichen Blase nach der Punctio vesicae suprapubica. M. 2 Taf. gr. 8. Paris. (Berlin, Hirschwald). M. 2.

ADAMKIEWICZ. Die Lehre vom Hirndruck u. die Pathologie der Hirncompression. Mit 12 Holzschn. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 1.60.

ALTFATER P. Die Morphium-Einspritzungen (subcutane Injectionen). 3 Aufl. Neuwied 1884. Beuser's Verl. M. 180.

AMBÜHL G. Die Lebensmittelpolizei. Anleitung zur Prüfg. u. Beurtheilg. v. Nahrungs u. Genussmitteln. 8. Mit 2 Tab. Leipzig, E. Günther. M. 3.

AUFRECHT. Pathol. Mittheilungen. 2 H. 8. Magdeburg, Faber. M. 2.—(1 u. 2. M. 5.—)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 9 lipca w sali Akademii Umiej. o godz. 6éj popoł. posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Głuziński Władysław mówić będzie o kilku nowych lekach doświadczanych w krakowskiéj klinice chorób wewnętrznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.